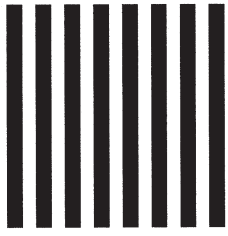


NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 11564 LOS ANGELES CA 90051

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**ATTN CARE PROGRAM ML GT19A1  
SOUTHERN CALIFORNIA GAS COMPANY  
PO BOX 515005  
LOS ANGELES CA 90099-9316**



A **Sempra Energy** utility®

# SAVE 20 Percent

SEE IF YOUR HOUSEHOLD QUALIFIES.  
IF YOU'RE RECENTLY UNEMPLOYED  
YOU MAY ALSO BE ELIGIBLE.

VEA SI SU HOGAR CALIFICA. SI SE ENCUENTRA  
USTED RECIENTEMENTE DESEMPLEADO USTED  
TAMBIÉN PODRÍA CALIFICAR PARA EL DESCUENTO.

## APPLY TODAY!

See inside for program details.

### California Alternate Rates for Energy (CARE)

20 PERCENT DISCOUNT  
APPLICATION INSIDE OR APPLY AT  
**SOCALGAS.COM** (SEARCH "ASSISTANCE")

### Tarifas Alternas para Energía en California (CARE)

DESCUENTO DEL 20 POR CIENTO  
EN SU TARIFA DE GAS NATURAL  
SOLICITUD ADENTRO O APLIQUE EN  
**SOCALGAS.COM/ESPAÑOL**  
(BUSQUE LA PALABRA CLAVE "ASISTENCIA")

### Dear Customer:

You may be eligible for a 20 percent discount on your gas bill at your primary residence. You may also qualify for a \$15 discount on your Service Establishment Charge if you are approved within 90 days of starting new gas service with Southern California Gas Company (SoCalGas®). Please review the program qualifications on the enclosed application to see if you qualify. If you think you qualify, complete the application form and mail it back to us. You will receive your discount once your completed, signed application is approved by SoCalGas. If you have any questions about the CARE program, or need assistance filling out the form, please visit [socialgas.com](http://socialgas.com) (search "ASSISTANCE") or call 1-800-427-2200. Telecommunication Devices for the Speech and Hearing Impaired (TDD) are available at 1-800-252-0259.

### Estimado(a) cliente:

Usted podría ser elegible para recibir un 20 por ciento de descuento en su cuenta de gas de su residencia principal. También podría calificar para un descuento de \$15 en el Cargo por Establecimiento de Servicio, si usted es aprobado durante los primeros 90 días desde el comienzo de su nuevo servicio de gas con SoCalGas. Por favor revise las calificaciones del programa en la solicitud. Si piensa que califica, complete y firme la solicitud y envíela a SoCalGas. Recibirá su(s) descuento(s) una vez que su solicitud sea aprobada por SoCalGas. Si tiene alguna duda acerca de la solicitud, visite [socialgas.com/espanol](http://socialgas.com/espanol) (busque la palabra clave "ASISTENCIA") o llame 1-800-342-4545. Clientes con limitaciones auditivas (TDD) llamen al 1-800-252-0259.

### For information on CARE in other languages, call Southern California Gas Company at:

欲知詳情，請洽 免費國語專線: **1-800-427-1429**

欲知詳情，請洽 免費粵語專線: **1-800-427-1420**

더 자세한 안내를 받으시려면 다음 한국어 전화로 문의해 주십시오:  
**1-800-427-0471**

Để biết thêm chi tiết bằng tiếng Việt, xin gọi:  
**1-800-427-0478**

### Other Programs and Services You May Qualify For:

**Energy Savings Assistance Program** Energy Savings Assistance Program: Offers no-cost energy-saving home improvements.

For more information, please call 1-800-331-7593.

**Medical Baseline:** Provides additional allowance of gas at a lower rate to customers with certain medical conditions. For more information, call 1-800-427-2200.

**Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP):** Provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the California Department of Community Services and Development at 1-866-675-6623.

**California Lifeline:** A discounted telephone access for customers meeting similar income guidelines to CARE. For more information, contact your local telephone service provider.

### Otros programas y servicios para los que PODRÍA calificar:

**El Programa Energy Savings Assistance Program:** Ofrece mejoras sin costo que ahorran energía. Para más información, por favor llame al 1-800-331-7593.

**Asignación Médica Inicial (Medical Baseline):** Provee asignación adicional de gas a una tarifa menor a los clientes con ciertas afecciones médicas. Para más información, llame al 1-800-342-4545.

**Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP):** Ofrece asistencia para el pago de facturas, asistencia de emergencia para el pago de facturas y servicios de acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo. Llame al Departamento de Servicios a la Comunidad de California al 1-866-675-6623.

**Servicio Telefónico Universal Lifeline (California Lifeline):** Acceso telefónico a precios de descuento para los clientes que reúnan requisitos de ingresos similares a los del programa CARE. Para más información, llame al proveedor de servicio telefónico de su localidad.



# HOW TO QUALIFY / COMO PUEDE CALIFICAR

1

## PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:  
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

- Medi-Cal/Medicaid
- Healthy Families Categories A & B
- Women, Infants, & Children (WIC)
- CalWORKs (TANF) or/o Tribal TANF
- Head Start Income Eligible – Tribal Only/Solamente tribal
- Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)
- CalFresh / SNAP (Food Stamps / Estampillas para comida)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income (SSI)

2

## MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:

(effective January 1, 2014 to May 31, 2014)  
(en vigor del 1 de enero de 2014 al 31 de mayo de 2014)

Number of Persons in Household Número de personas en el hogar	Total Annual Income* Ingreso total anual*
1	\$31,020
2	\$31,020
3	\$39,060
4	\$47,100
5	\$55,140
6	\$63,180
7	\$71,220
8	\$79,260

←OR/O→

For each additional household member, add \$8,040  
Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$8,040

\*Includes current household income from all sources before deductions  
\*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones

### CONDITIONS FOR PARTICIPATION / CONDICIONES PARA PARTICIPAR

1) The gas bill must be in your name and the address must be your primary address. / La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. 2) You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse. / No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.

3) You must recertify your application when requested. / Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite. 4) You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify. / Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar. 5) You may be asked to verify your eligibility for CARE. / Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

FORM  
9E

# CARE APPLICATION / SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE

PLEASE USE DARK BLUE OR BLACK INK ONLY / POR FAVOR USE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA ÚNICAMENTE

ACCOUNT NO./  
NO. DE CUENTA

Please provide your account number to expedite processing./  
Por favor proporcione su número de cuenta para facilitar procesamiento.

CUSTOMER NAME/NOMBRE DEL CLIENTE (FIRST AND LAST AS IT APPEARS ON YOUR BILL/NOMBRE(S) Y APELLIDO COMO APARECE EN SU FACTURA)

ADDRESS/DOMICILIO

APT #/NO. DE APTO.

CITY/CIUDAD

HOME PHONE/TELÉFONO DE SU CASA

EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO:

1 Total number of persons in your household (include yourself, other adults, and children):

Número total de personas que viven en su hogar (inclúyase usted, otros adultos y niños):

1    2    3    4    5    6    If more than 6:  si mas de 6:

2

Are you (or someone in your household) enrolled in any of the following assistance programs?

¿Está usted (o alguien que vive en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?

YES (If yes, please fill in the circle(s) ●)/

SÍ (Si su respuesta es afirmativa, por favor rellene el/los círculo/s ●).

- Medi-Cal / Medicaid: Under Age 65/menor de 65 años
- Medi-Cal / Medicaid: 65 or older/65 años o más
- Healthy Families Categories A & B
- Women, Infants, and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- CalFresh / SNAP (Food Stamps / Estampillas para comida)
- Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income (SSI)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)
- Head Start Income Eligible - Tribal Only/Solamente tribal

NO  
NO

What is your yearly household income (before deductions, including all members of the household)? /

¿Cual es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos miembros del hogar)?

\$0 - \$22,980    \$22,981 - \$31,020    \$31,021 - \$39,060    \$39,061 - \$47,100    \$47,101 - \$55,140

If more than \$55,140, enter the dollar amount here/Si es más de \$55,140, escriba el monto aquí: \$  ,  .00 per year/al año

Please mark your sources of income / Por favor marque sus fuentes de ingreso

- Social Security/Seguro Social
- SSP or SSDI/SSP o SSDI
- Pensions/Pensiones
- Interest or Dividends from Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts/Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro
- Wages and/or Profit from Self Employment/Salarios y/o ingresos de autoempleo
- Unemployment Benefits/Beneficios de desempleo
- Insurance or Legal Settlements/Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales
- Disability or Workers Compensation Payments/Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores
- Spousal or Child Support/Pension conyugal o alimenticia
- Scholarships, Grants, or Other Aid used for Living Expenses /Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida
- Rental or Royalty Income/Ingresos por alquiler o regalías
- Cash or Other Income/Dinero en efectivo y/u otros ingresos

3

Declaration / Declaración: Please read and sign below / Por favor lea y firme abajo

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE eligibility if asked. I agree to inform SoCalGas if I no longer qualify to receive a discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that SoCalGas can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs. / Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Convengo en proporcionar prueba de elegibilidad en el programa CARE si se me requiere. Convengo en informar a SoCalGas si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin tener derecho al mismo, se me puede exigir la devolución del descuento recibido. Entiendo que SoCalGas puede compartir mis datos con otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en programas de asistencia.

SIGNATURE/  
FIRMA

X

DATE/  
FECHA

/  /

No Tape/No use cinta adhesiva

Moisten and Seal/Humedezca y selle

No Staples/No engrape