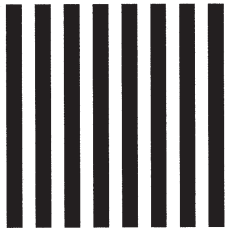


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



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

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**ATTN CARE PROGRAM ML GT12F1
THE GAS COMPANY
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-9316**



SAVE 20%

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% DISCOUNT
APPLICATION INSIDE OR APPLY AT
SOCALGAS.COM/ASSISTANCE

Tarifas Alternas para Energía en California
(CARE) – DESCUENTO DEL 20%
EN SU TARIFA DE GAS NATURAL
SOLICITUD ADENTRO O APLIQUE EN
SOCALGAS.COM/SP/ASISTENCIA

Dear Customer:

You may be eligible for a 20% 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 The Gas CompanySM. 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 The Gas Company. If you have any questions about the CARE program, or need assistance filling out the form, please visit socialgas.com/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% 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 The Gas CompanySM. Por favor revise las calificaciones del programa en la solicitud. Si piensa que califica, complete y firme la solicitud y envíela a The Gas Company. Recibirá su(s) descuentos(s) una vez que su solicitud sea aprobada por The Gas Company. Si tiene alguna duda acerca de la solicitud, visite socialgas.com/sp/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 The 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 June 1, 2011 to May 31, 2012)
(en vigor del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012)

Number of Persons in Household Número de personas en el hogar	Total Annual Income* Ingreso total anual*
1-2	\$31,800
3	\$37,400
4	\$45,100
5	\$52,800
6	\$60,500

←OR/O→

For each additional household member, add \$7,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$7,700

*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 The Gas Company within 30 days if you no longer qualify. / Debe notificar a The Gas Company 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)? / ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos miembros del hogar)?
 \$0 - \$31,800 \$31,801 - \$37,400 \$37,401 - \$45,100 \$45,101 - \$52,800 \$52,801 - \$60,500

If more than \$60,500, enter the dollar amount here/Si es más de \$60,500, 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 The Gas Company 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 The Gas Company 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 The Gas Company 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 The Gas Company puede compartir mis datos con otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en programas de asistencia.

SIGNATURE/ FIRMA DATE/ FECHA / /