



A  Sempra Energy utility®

DESCUENTO DEL 20 % SOLICITUD DE CARE

A través del programa de Tarifas Alternas para Energía de California (CARE), SoCalGas ofrece a los clientes® elegibles un descuento del 20 % en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará en la factura de gas natural mensual posterior a la fecha de aprobación de la solicitud por parte de SoCalGas. Si usted es un inquilino con submedidor, se informará al propietario/administrador si usted está aprobado o no para recibir el descuento.

Envíe una solicitud completa usando uno de los métodos que se mencionan a continuación:

- 1)** Visite socalgas.com/careparami.
- 2)** Llame al 866-716-3452 en cualquier momento, las 24 horas del día. Tenga a mano su número de cuenta de SoCalGas.
- 3)** Devuelva el formulario completo y firmado por correo postal o fax al 213-244-4665.

HAY DOS FORMAS DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

La persona que reside en la instalación recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal para Familias A y B

Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF)¹ o TANF Tribal

Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal

Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General

CalFresh (cupones para alimentos)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario



¹Incluye asistencia pública al trabajo

INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR

(en vigencia a partir del 1 de junio de 2019 hasta el 31 de mayo de 2020)

Cantidad de personas en el hogar	Ingreso anual total*
----------------------------------	----------------------

1-2	\$33,820
-----	----------

3	\$42,660
---	----------

4	\$51,500
---	----------

5	\$60,340
---	----------

6	\$69,180
---	----------

7	\$78,020
---	----------

8	\$86,860
---	----------

Por cada miembro adicional del hogar, sume \$8,840

*Incluye el ingreso actual del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.

CONDICIONES PARA PARTICIPAR:

- 1)** Debe cumplir con los requisitos de calificación que figuran en la tabla anterior.
- 2)** La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- 3)** Usted no debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- 4)** Usted debe volver a acreditar su solicitud cuando se lo soliciten.
- 5)** Usted debe notificar a SoCalGas dentro de un plazo de 30 días si deja de cumplir con los requisitos para el programa.
- 6)** Puede solicitársele que verifique su elegibilidad para CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE PUEDE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS:



AYUDA PARA SU HOGAR

Reciba mejoras para su hogar en ahorro de energía de manera gratuita que lo ayudará a ahorrar dinero y a vivir más cómodamente

Energy Savings

Assistance Program™

socalgas.com/mejoras
1-800-331-7593



AYUDA PARA NECESIDADES MÉDICAS

Obtenga gas natural adicional a la tasa inicial más baja si tiene una afección médica grave

ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL

socalgas.com/medico
1-866-431-3517



AYUDA CON SU FACTURA

Asistencia en el pago de la factura, asistencia con la factura de emergencia y servicios de climatización

AYUDA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS

1-866-675-6623



AYUDA CON SU TELÉFONO

Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles

CALIFORNIA LIFELINE

Para obtener más información, comuníquese con el proveedor del servicio telefónico

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA PARA CLIENTES:

Inglés: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Personas con discapacidad auditiva

(TDD/TTY): 1-800-252-0259

(disponible solo en inglés y español)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2019 Southern California Gas Company. Todas las marcas registradas pertenecen a sus respectivos propietarios. Todos los derechos reservados. El programa CARE se financia con fondos provistos por los clientes de las empresas de servicios públicos de California y es administrado por Southern California Gas Company bajo el auspicio de la Comisión de Servicios Públicos de California. Los fondos del programa se asignarán por orden de recepción de solicitudes, hasta agotarse dichos fondos. Este programa puede ser modificado o cancelado sin previo aviso.

CÓDIGO FUENTE: 9Q EN LETRA GRANDE

N19E0037A 0619

2

¿Está (usted o alguna persona en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?

- SÍ** (Si la respuesta es sí, rellene los círculos●)
- Medi-Cal/Medicaid: menor de 65
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para Familias A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal
- Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General
- CalFresh (cupones para alimentos)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

NO (Si la respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de las deducciones, incluidos los ingresos de todos los miembros del hogar?)

- \$0 - \$33,820
- \$33,821 - \$42,660
- \$42,661 - \$51,500
- \$51,501 - \$60,340
- \$60,341 - \$69,180
- Si es más de \$69,180, ingrese el monto expresado en dólares aquí

\$, .00 por año.

2

(continuación)

Marque sus fuentes de ingresos:

- Seguro Social
- SSP o SSDI
- Jubilaciones
- Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Sueldos o salarios
- Beneficios de desempleo
- Seguro o acuerdos legales
- Pagos por discapacidad o compensación al trabajador
- Manutención infantil o conyugal
- Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia
- Ingresos por alquileres o regalías
- Efectivo, otros ingresos o ganancias de trabajo independiente

3**Declaración Lea y firme a continuación.**

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proveer prueba de elegibilidad a CARE si es necesario. Acepto informar a Southern California Gas Company (SoCalGas)[®] dentro de un plazo de 30 días si dejo de cumplir con los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, se me exigirá que pague el descuento que recibí. Entiendo que SoCalGas puede compartir mi información con otros servicios o agentes para que se me inscriba en sus programas de asistencia.

FIRMA: FECHA: / /