

El programa de Tarifas alternas para energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) ofrece a los clientes elegibles de SoCalGas® un 20 % de descuento en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará a las facturas mensuales luego de la fecha en que SoCalGas haya aprobado la solicitud.

Por favor, envíe la solicitud completada por medio de alguno de los métodos mencionados **a continuación:**

- 1) Visite el sitio web myaccount.socalgas.com o socalgas.com/CAREparami. Su solicitud será procesada de manera instantánea.
- 2) Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento durante las 24 horas del día. Por favor, tenga su número de cuenta a mano.
- 3) Envíe el formulario completado y firmado por correo o fax al (213) 244-4665.

Hay **dos** formas de cumplir con los requisitos del programa

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

Si usted u otra persona de la casa reciben beneficios de alguno de los siguientes programas:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal para Familias A y B

Programa para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants & Children, WIC)

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

Ingresos que califican para el programa Head Start (solo Tribal)

Oficina de Asuntos Indígenas (asistencia general)

CalFresh (cupones de alimentos)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP)

Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

O BIEN

¹Incluye el Programa de Transición de la Asistencia Social al Trabajo

INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR:

(efectivo del 1° de junio de 2024 al 31 de mayo de 2025)

 Cantidad de personas en el hogar	1-2	\$40,880	 Ingresos anuales totales*
	3	\$51,640	
	4	\$62,400	
	5	\$73,160	
	6	\$83,920	
	7	\$94,680	
	8	\$105,440	

Por cada miembro adicional del hogar, añade \$10,760.

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

CONDICIONES PARA PARTICIPAR:

- 1) Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad presentes en una de las tablas de la página dos.
- 2) La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- 3) No debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- 4) Debe volver a certificar su solicitud siempre que se lo soliciten.
- 5) Debe notificar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no es elegible.
- 6) Es posible que le soliciten que verifique su elegibilidad para el programa CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE PUEDE SER ELEGIBLE:



AYUDA PARA SU HOGAR

Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados.

Energy Savings

Assistance Program™

socialgas.com/Mejoras

1-800-331-7593



AYUDA PARA NECESIDADES MÉDICAS

Gas natural adicional con el costo de tarifa más baja, para condiciones médicas que califiquen.

Asignación Médica Inicial

socialgas.com/Medico

1-866-431-3517



AYUDA CON SU TELÉFONO

Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles.

California Lifeline

Para más información, visite

californialifeline.com



AYUDA CON SU FACTURA

Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización.

Asistencia energética para hogares de bajos ingresos

1-866-675-6623

Ofrece el perdón de facturas vencidas a clientes elegibles.

Plan de administración de pagos atrasados

1-800-427-2200

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA AL CLIENTE, LLAME A LOS SIGUIENTES NÚMEROS:

English: 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

© 2024 Southern California Gas Company. Todas las marcas registradas pertenecen a sus respectivos propietarios. Todos los derechos reservados. Programas financiados por clientes de servicios públicos de California y administrados por Southern California Gas Company bajo los auspicios de la Comisión de Servicios Públicos de California. Los fondos del programa se asignan por orden de llegada hasta que dichos fondos ya no estén disponibles. Estos programas pueden modificarse o cancelarse sin previo aviso.

2

¿Se encuentra inscrito(a) (o alguna persona de su hogar) en alguno de los siguientes programas de asistencia?

- SÍ** (Si su respuesta es sí, por favor, marque el o los círculos que correspondan●)
- Medi-Cal/Medicaid: menor de 65 años
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para familias A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o TANF Tribal
- Ingresos que califican para el programa Head Start (solo Tribal)
- Oficina de Asuntos Indígenas (asistencia general)
- CalFresh (cupones de alimentos)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP)
- Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario
- NO** (Si su respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de deducir los impuestos, incluyendo a todos los miembros de su hogar?)
- \$0 - \$40,880
- \$40,881 - \$51,640
- \$51,641 - \$62,400
- \$62,401 - \$73,160
- \$73,161 - \$83,920
- Si su ingreso es mayor que \$83,920, ingrese el monto 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. Por favor, lea y firme el texto que se presenta a continuación.**

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar la prueba de elegibilidad al programa CARE si es necesario. Acepto informar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no reúno 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. Autorizo a SoCalGas a compartir mi información para seguir siendo elegible a recibir asistencia disponible para la administración de energía, y los programas de reducción de precios y tarifas residenciales con otras empresas de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC.

FIRMA:

FECHA:

 / /