

DESCUENTO DEL 20 % SOLICITUD DE CARE



El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) les 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 de gas natural 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. (Para los clientes que tienen una cuenta de facturación de SoCalGas).
- 2) Llame al 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

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



INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR: (efectivo del 1.º de junio de 2020 al 31 de mayo de 2021)	
Cantidad de personas en el hogar	Ingresos anuales totales*
1-2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240

Por cada miembro adicional del hogar, añada \$8,960.
*Incluye el ingreso actual del hogar de todas las fuentes antes de deducir los impuestos.

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

CONDICIONES PARA PARTICIPAR:

1) Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad presentes en la tabla de arriba. 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		
	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	AYUDA CON SU TELÉFONO	AYUDA CON SU FACTURA
ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL Obtenga gas natural adicional a la tasa inicial más baja si tiene una afección médica grave socalgas.com/Medico 1-866-431-3517	CALIFORNIA LIFELINE Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles Para obtener más información, comuníquese con el proveedor del servicio telefónico	AYUDA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS Asistencia en el pago de la factura, asistencia con la factura de emergencia y servicios de climatización 1-866-675-6623

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
FAX: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545
Personas con discapacidad auditiva (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español)

中文: 1-800-427-1429
Việt: 1-800-427-0478

SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL 20 % DE DESCUENTO

UTILICE SOLO TINTA DE COLOR AZUL OSCURO O NEGRO.

Complete y envíe esta solicitud por correo o fax, o envíela en línea a través del sitio web socialgas.com/CARE.

Envíela por correo a SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249, o por fax al (213) 244-4665.

NÚMERO DE CUENTA



PROPORCIONE SU NÚMERO DE CUENTA PARA ACELERAR EL PROCESAMIENTO DE LA SOLICITUD.

NOMBRE DEL CLIENTE (NOMBRE Y APELLIDO TAL COMO APARECE EN SU FACTURA)

DIRECCIÓN

N.º DE APARTAMENTO/ESPACIO

CIUDAD

TELÉFONO PRINCIPAL

1

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

1

2

3

4

5

6

Si son más de 6 miembros:

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 (sólo 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 - \$34,480

\$34,481 - \$43,440

\$43,441 - \$52,400

\$52,401 - \$61,360

\$61,361 - \$70,320

Si su ingreso es mayor que \$70,320, ingrese el monto en dólares aquí:

\$, .00 por año.

Por favor, marque sus fuentes de ingresos

Seguro Social

Programa Suplementario Estatal (State Supplementary Program, SSP) o Ingreso del Seguro Social por Incapacidad (Social Security Disability Income, SSDI)

Pensiones

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 del trabajador

Manutención conyugal o infantil

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 a CARE si es necesario. Acepto informar a Southern California Gas Company (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. Entiendo que SoCalGas puede compartir mi información con otros servicios o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

FIRMA:

FECHA:

© 2020 Southern California Gas Company. Todas las marcas registradas pertenecen a sus respectivos propietarios. Todos los derechos reservados.

El programa CARE es financiado por los clientes de los servicios públicos de California y administrado por Southern California Gas Company bajo el auspicio de la Comisión de Servicios Públicos de California (California Public Utilities Commission, CPUC). Los fondos del programa serán distribuidos por orden de llegada hasta que ya no estén disponibles. Este programa puede ser modificado o cancelado sin previo aviso.

N20E0093A 0320 Source Code: 9B
Form 6491 SP Meter: Residential