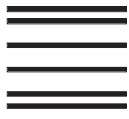
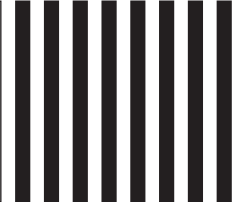




NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



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

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ATTN: CARE PROGRAM ML GT19A1
SOCALGAS
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-5404



SOCALGAS®
CARES ABOUT YOU



SOCALGAS®
SE PREOCUPA POR TI

**CALIFORNIA ALTERNATE
RATES FOR ENERGY (CARE)**

Apply on-line and instantly
find out if you could receive
20% off your monthly natural
gas bill at socalgas.com/CARE



**TARIFAS ALTERNAS PARA
ENERGÍA DE CALIFORNIA
(CARE)**

Solicite en línea y descubra
al instante si podría recibir
un 20 % de descuento en
su factura mensual de gas
natural en
socalgas.com/CAREparami



A Sempra Energy utility®

socalgas.com



Dear Customer

CARE offers a 20% discount to customers who are
enrolled in an assistance program, or meet income
guidelines. After the application is approved your
discount will be reflected in the next billing cycle.

Please complete the enclosed application and return,
or to apply online visit socalgas.com/CARE.

**OTHER PROGRAMS AND SERVICES
YOU MAY QUALIFY FOR**

HELP FOR YOUR HOME:
Energy Savings Assistance Program offers no-cost,
energy-saving home improvements.
socalgas.com/Improvements
1-800-331-7593



HELP FOR MEDICAL NEEDS:
Medical Baseline Allowance can help you get additional
natural gas at the lowest baseline rate if you have a
serious health condition.
socalgas.com/Medical 1-866-431-3517

HELP WITH YOUR PHONE:
California Lifeline offers discounted telephone services
for eligible customers.
californialifeline.com



HELP WITH YOUR BILL:
Low Income Home Energy Assistance offers bill
payment assistance, emergency bill assistance and
weatherization services. 1-866-675-6623



**OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA
LOS QUE PODRÍA CALIFICAR**

AYUDA PARA EL HOGAR:
Energy Savings Assistance Program ofrece mejoras
para el hogar sin costo que ahorran energía.
socalgas.com/Mejoras
1-800-331-7593



**AYUDA CON NECESIDADES MÉDICAS:
ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL**
Reciba gas natural adicional, a la tarifa inicial más
baja si tiene una condición médica seria.
socalgas.com/Medical 1-866-431-3517



AYUDA CON EL TELÉFONO:
California Lifeline ofrece servicio telefónico a precios
de descuento para los clientes.
californialifeline.com



AYUDA CON LA FACTURA:
Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos.
Ofrece asistencia de pago de facturas, asistencia de
facturas de emergencia y servicios de climatización.
1-866-675-6623



For information on CARE, call SoCalGas at 1-800-427-2200
Para información en Español: 1-800-342-4545

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

©2020 Southern California Gas Company. Trademarks are property of their respective owners. All rights reserved.

These programs are funded by California utility customers and administered by Southern California Gas Company under the auspices of the California Public Utilities Commission.

CARE.CBOAPP.05.ENSP.20.1 N20E0136A 0520

CONTRACTOR STAMP



APPLY ONLINE | APLIQUE EN LÍNEA
socialgas.com/CARE | socialgas.com/CAREparami

HOW TO QUALIFY | COMO CALIFICAR

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
Medi-Cal for Families A&B
Women, Infants & Children (WIC)
CalWORKs (TANF) ¹ or / o Tribal TANF
Head Start Income Eligible – Tribal Only / Solamente tribal
Bureau of Indian Affairs General Assistance
CalFresh (Food Stamps / Estampillas para comida)
National School Lunch Program (NSLP)
Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Supplemental Security Income ¹ Includes Welfare-to-Work

←OR/O→

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR

(effective June 1, 2020 to May 31, 2021)
(en vigor del 1 de junio de 2020 al 31 de mayo de 2021)

Number of Persons in Household Número de Personas en el Hogar	Total Annual Income* Ingreso Total Anual*
1-2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240

For each additional household member, add \$8,960
Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$8,960
*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

1) You must meet the qualification requirements in the table above. 2) The natural gas bill must be in your name and the address must be your primary address. 3) You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse. 4) You must recertify your application when requested. 5) You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify. 6) You may be asked to verify your eligibility for CARE.

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

1) Debe cumplir los requisitos de elegibilidad que se muestran en la tabla anterior. 2) La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. 3) No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge. 4) Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite. 5) Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar. 6) Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

FORM

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: First and Last as it appears on your bill / NOMBRE DEL CLIENTE: Nombre y apellido que aparece en su factura

ADDRESS / DOMICILIO APT # / NO. DE APTO.

CITY / CIUDAD PRIMARY PHONE / TELÉFONO PRINCIPAL - -

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 ●)
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid: Under age 65 / Menor de 65 años | <input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) |
| <input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid: 65 or older / 65 años o más | <input type="radio"/> Supplemental Security Income |
| <input type="radio"/> Medi-Cal for Families A&B | <input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP) |
| <input type="radio"/> Women, Infants and Children Program (WIC) | <input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="radio"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF | <input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Only / Solamente tribal |
| <input type="radio"/> CalFresh (Food Stamps / Estampillas para comida) | |

NO (If no, please answer the yearly household income question)
NO (Si es no, por favor responda la pregunta de ingreso anual)

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 - \$34,480 \$34,481 - \$43,440 \$43,441 - \$52,400 \$52,401 - \$61,360 \$61,361 - \$70,320
- If more than \$70,320, enter the dollar amount here: \$, .00 per year / al año
Si es más de \$70,320, escriba el monto aquí:

- Please mark your sources of income / Por favor marque sus fuentes de ingreso
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Social Security / Seguro Social | <input type="radio"/> Unemployment benefits / Beneficios de desempleo |
| <input type="radio"/> SSP or SSDI / SSP o SSDI | <input type="radio"/> Insurance or legal settlements / Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales |
| <input type="radio"/> Pensions / Pensiones | <input type="radio"/> Disability or workers compensation payments / Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores |
| <input type="radio"/> Interest or dividends from savings, stocks, bonds, or retirement accounts / Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro | <input type="radio"/> Spousal or child support / Pension conyugal o alimenticia |
| <input type="radio"/> Wages and/or salary / Salarios y/o ingresos | <input type="radio"/> Scholarships, grants, or other aid used for living expenses / Becas, subvenciones u otros gastos de ayuda utilizados. |
| <input type="radio"/> Cash, other income, or profit from self-employment / Efectivo, otro ingreso o ganancias de trabajo independiente | <input type="radio"/> Rental or royalty income / Ingresos por alquiler o regalías |

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 Southern California Gas Company within 30 days if I no longer qualify to receive a discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I am 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 Southern California Gas Company (SoCalGas®) en un término de 30 días si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin tener derecho al mismo, se me exigirá 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 DATE / FECHA / /

No Tape/No use cinta adhesiva | Moisten and Seal/Humedezca y selle | No Staples/No engrape