

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (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 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 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



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

INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR:

(efectivo del 1.º de junio de 2019 al 31 de mayo de 2020)

Cantidad de personas en el hogar Ingresos anuales totales*

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, añade \$8,840.

*Incluye el ingreso del hogar proveniente de todas las fuentes antes de deducir los impuestos.

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

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 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

© 2019 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.

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT

N19E0041A 0619

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/careparami.

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).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DIRECCIÓN

N.º DE APARTAMENTO/ESPACIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CIUDAD

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TELÉFONO PRINCIPAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 (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 - \$33,820
- \$33,821 - \$42,660
- \$42,661 - \$51,500
- \$51,501 - \$60,340
- \$60,341 - \$69,180
- Si su ingreso es mayor que \$69,180, ingrese el monto en dólares aquí:

\$, .00 por año.

2

(continuación)

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:

 / /