# **DESCUENTO DEL 20%** | Solicitud de CARE

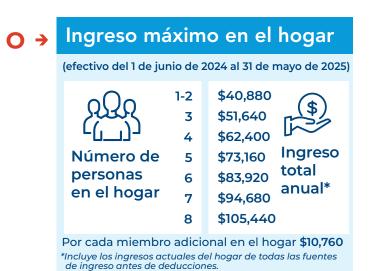
El programa de Tarifas alternas para energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) les ofrece a los clientes elegibles de SoCalGas® un 20% de descuento en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará a las facturas mensuales luego de la fecha en que SoCalGas haya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

# Programas de asistencia pública 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 Tribal TANF Head Start Income Eligible (solamente tribal) Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh (estampillas para comida) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income



#### Condiciones para participar:

<sup>1</sup>Incluye Welfare-To-Work

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

Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados.

**Energy Savings** Assistance Program

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

#### Ayuda para necesidades médicas



Asignación médica inicial ofrece gas natural adicional con el costo de tarifa más bajo, para condiciones médicas que califiquen.

socalgas.com/Medico

FAX: (213) 244-4665

1-866-431-3517

#### Ayuda con su factura

Asistencia energética para hogares de **bajos ingresos** Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización. 1-866-675-6623

Plan de administración de pagos atrasados Ofrece el perdón de facturas vencidas a clientes elegibles. 1-800-427-2200

#### Ayuda con su teléfono



California Lifeline Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles.

Para más información, visite californialifeline.com

English: 1-800-427-2200 **한국어**: 1-800-427-0471 中文: 1-800-427-1429 廣東話: 1-800-427-1420 Español: 1-800-342-4545 Viêt: 1-800-427-0478

Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)



# 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 aplique en línea en <b>socalgas.com/CAREparami.</b> Envíela por correo a SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249, o por fax al (213) 244-4669		
	Proporcione los d	liez primeros dígitos de su número de cuenta.
NOME	BRE DEL CLIENTE (NOMBRE Y APELLIDO TAL COMO APAREC	E EN SU FACTURA)
DIREC	CCIÓN	N.º DE APARTAMENTO/ESPACIO
CIUDA	AD	TELÉFONO PRINCIPAL
	Cantidad total da marana mus vivan an av hamar (i	
	Cantidad total de personas que viven en su hogar (in	
	01 02 03 04 0	5 0 51 SOIT MAS de 6 MIEMBROS.
	¿Está (usted o alguna persona en su hogar) inscrito	o en alguno de los siguientes programas de asistencia?
	○ SÍ (Si su respuesta es sí, por favor, marque el o los	○ NO (Si la respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su
	círculos que correspondan ●)	hogar antes de las deducciones, incluidos los ingresos de todos los miembros del hogar?)
	O Medi-Cal/Medicaid: menor de 65	○ \$0 - \$40,880
	○ Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más	\$40,881 - \$51,640
	○ Medi-Cal para Familias A y B	\$51,641 - \$62,400
	<ul> <li>Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)</li> </ul>	\$62,401 - \$73,160 \$73,161 - \$83,920
		Si es más de \$83,920 ingrese el monto expresado
	CalWORKs (TANF) o TANF Tribal	en dólares aquí
	O Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal	\$ .00 por año.
		Marque sus fuentes de ingresos.
	O Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General	Seguro Social
	<ul> <li>CalFresh (cupones para alimentos)</li> </ul>	O SSP o SSDI
	O Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	O Jubilaciones
	<ul> <li>Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)</li> </ul>	<ul> <li>Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación</li> </ul>
		<ul> <li>Sueldos o salarios</li> </ul>
	O Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario	Beneficios de desempleo
		O Seguro o acuerdos legales
		O Pagos por discapacidad o compensación al trabajador
		Manutención infantil o conyugal
		<ul> <li>Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia</li> </ul>
		O Ingresos por alquileres o regalías
		Efectivo, otros ingresos o ganancias
		de trabajo independiente
3	necesario. Acepto informar a SoCalGas dentro de un período de 30 días s	rdadera y correcta. Acepto proporcionar la prueba de elegibilidad a CARE si es i ya no reúno los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que, si recibo ue el descuento que recibí. Autorizo a SoCalGas a compartir mi información tración de energía, y los programas de reducción de precios y tarifas