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
SOCALGAS
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-5404

SoCalGas™

SoCalGas

SoCalGas CARES ABOUT YOU

SoCalGas
SE PREOCUPA POR TI

FORM 6491 CBO

socalgas.com

California Alternate Rates for Energy (CARE)

Apply online 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)

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

© 2024 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. Program funds will be allocated on a first-come, first-served basis until such funds are no longer available. These programs may be modified or terminated without prior notice.

01737C-2024

socalgas.com

Contractor Stamp

Dear Customer

The CARE program offers a 20% discount to customers who qualify based on household income or participation in a public assistance program. If the application is approved, the discount will be applied to the next monthly bill.

Please complete the enclosed application and return it by mail or apply online at **socalgas.com/CARE.**

Estimado(a) cliente

El programa CARE ofrece un 20% de descuento a los clientes que están inscritos en un programa de asistencia o cumplen con las normas de ingresos. De ser aprobada la solicitud, el descuento se reflejará en el siguiente ciclo de facturación.

Por favor complete la solicitud adjunta y regrese. Para aplicar en línea visite **socalgas.com/CAREparami.**

Other programs and services you may qualify for:

Help for your home Energy Savings Assistance Program offers home improvements from authorized contractors at no cost.
Energy Savings Assistance Program **socalgas.com/Improvements** **1-800-331-7593**

Help for medical needs Medical Baseline Allowance Program offers additional natural gas at the lowest baseline rate for those with qualifying medical conditions. **socalgas.com/Medical** **1-866-431-3517**

Past due bill forgiveness may be available for qualified customers through the Arrearage Management Plan **1-800-427-2200**

Help for your phone California Lifeline offers discounted telephone services for eligible customers. **californialifeline.com**

Help for your bill Low Income Home Energy Assistance offers utility 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 al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados.
Energy Savings Assistance Program **socalgas.com/Mejoras** **1-800-331-7593**

Ayuda con necesidades médicas Asignación médica inicial ofrece gas natural adicional a la tarifa más baja, para condiciones médicas que califiquen. **socalgas.com/Medico** **1-800-431-3517**

El perdón de facturas vencidas está disponible para clientes elegibles con el Plan de administración de pagos atrasados. **1-800-427-2200**

Ayuda con el teléfono California Lifeline ofrece servicio telefónico con descuentos para los clientes elegibles. **californialifeline.com**

Ayuda con la factura Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos ofrece asistencia de facturas de servicios públicos y servicios de climatización. **1-866-675-6623**

For information on the CARE program, 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

How to qualify
Cómo calificar

Apply online **socalgas.com/CARE**

Aplique en línea **socalgas.com/CAREparami**

Public Assistance Programs
Programas de asistencia pública

If you or another person in your household participates in any of these 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 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
- Supplemental Security Income

[1]*Includes Welfare-To-Work,* [1]*Incluye Welfare-To-Work*

OR/O

Maximum household income
Ingreso máximo en el hogar

effective June 1, 2024 to May 31, 2025

en vigor del 1 de junio de 2024 al 31 de mayo de 2025

Number of persons in household / Número de personas en el hogar	Total annual income* / Ingreso total anual*
1-2	$40,880
3	$51,640
4	$62,400
5	$73,160
6	$83,920
7	$94,680
8	$105,440

Each additional person +$10,760

Por cada miembro adicional en el hogar +$10,760

**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 mostrados 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 plazo de 30 días si deja de calificar. 6) Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

FORM **6491**

CBO SOURCE CODE

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 Number / Número de cuenta

Please provide the first 10 digits of your account number. Proporcione los 10 primeros dígitos de su número de cuenta.

Customer Name: **first and last as it appears on your bill** / Nombre del Cliente: nombre y apellido que aparce 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 más 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 ●)

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

☐ 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)?
¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos miembros del hogar)?

☐ $0 - $40,880 ☐ $40,881 - $51,640 ☐ $51,641 - $62,400 ☐ $62,401 - $73,160 ☐ $73,161 - $83,920

☐ If more than $83,920, enter the dollar amount here:
Si es más de $83,920, escriba el monto aquí: $ ___ , ___ .00 per year / al año

Please mark your sources of income / Por favor marque sus fuentes de ingreso

- ☐ Social Security / Seguro Social
- ☐ SSP or SSDI / SSP o SSDI
- ☐ Pensions / Pensiones
- ☐ Interest or dividends from savings, stocks, bonds, or retirement accounts / Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro
- ☐ Wages and/or salary / Salarios y/o ingresos
- ☐ Cash, other income, or profit from self-employment / Efectivo, otro ingreso o ganancias de trabajo independiente
- ☐ Unemployment benefits / Beneficios de desempleo
- ☐ Insurance or legal settlements / Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales
- ☐ Disability or workers compensation payments / Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores
- ☐ Spousal or child support / Pension conyugal o alimenticia
- ☐ Scholarships, grants, or other aid used for living expenses / Becas, subvenciones u otros gastos de ayuda utilizados
- ☐ 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 program eligibility if asked. I agree to inform SoCalGas 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 authorize SoCalGas to share my information in order to remain eligible for available energy management assistance, and price reduction and residential rate programs with other utilities, state agencies and entities designated by the CPUC.

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 SoCalGas en un término de 30 días si dejo de calificar para recibir el descuento. 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.

Signature / Firma X

Date / Fecha ___ / ___ / ___

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