

# 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](http://myaccount.socalgas.com) o [socalgas.com/CAREparami](http://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)<sup>1</sup> or Tribal TANF
- Head Start Income Eligible (solo 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

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

## Ingreso máximo en el hogar

(efectivo del 1 de junio de 2025 al 31 de mayo de 2026)

 Número de personas en el hogar	1-2	\$42,300	 Ingreso total anual*
	3	\$53,300	
	4	\$64,300	
	5	\$75,300	
	6	\$86,300	
	7	\$97,300	
	8	\$108,300	

Por cada miembro adicional en el hogar +\$11,000

\*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.

## Condiciones para participar:

- 1) Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad presentes en una de las tablas anteriores.
- 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:

 <b>Ayuda para su hogar</b> Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados. <b>Energy Savings Assistance Program</b> <a href="http://socalgas.com/Mejoras">socalgas.com/Mejoras</a> 1-800-331-7593	 <b>Ayuda para necesidades médicas</b> Asignación Médica Inicial ofrece gas natural adicional con el costo de tarifa más bajo, para condiciones médicas que califiquen. <a href="http://socalgas.com/Medico">socalgas.com/Medico</a> 1-866-431-3517	<b>Ayuda con su factura</b> <b>Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos</b> Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización. 1-866-675-6623 <b>Plan de Administración de Pagos Atrasados</b> Ofrece el perdón de facturas vencidas a clientes elegibles. 1-800-427-2200	 <b>Ayuda con su teléfono</b> <b>California Lifeline</b> Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles. Para más información, visite <a href="http://californialifeline.com">californialifeline.com</a>
---	---	---	---

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

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

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



[socalgas.com/es](http://socalgas.com/es)

1 (800) 342-4545

Glad to be of service®

# 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 [socialgas.com/CAREparami](https://socialgas.com/CAREparami).

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

NÚMERO DE CUENTA

Proporcione los diez primeros dígitos de su número de cuenta.

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

**¿Está (usted o alguna persona en su hogar) inscrito 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
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para Familias A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- Ingresos que califican para el Programa Head Start. (solo tribal)
- Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General
- CalFresh (cupones para alimentos)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

**NO (Si la respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de las deducciones, incluidos los ingresos de todos los miembros del hogar?)**

- \$0-\$42,300
- \$42,301-\$53,300
- \$53,301-\$64,300
- \$64,301-\$75,300
- \$75,301-\$86,300
- Si es más de \$86,300 ingrese el monto expresado en dólares aquí

\$   .00 por año.

**Marque sus fuentes de ingresos.**

- Seguro Social
- SSP o SSDI
- Jubilaciones
- 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 al trabajador
- Manutención infantil o conyugal
- 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 SoCalGas dentro de un periodo 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. 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.

FIRMA:

FECHA: