



J. Steve Rahon
Director
Tariffs & Regulatory Accounts

8330 Century Park Ct.
San Diego, CA 92123-1548
Tel: 858.654.1773
Fax 858.654.1788
srahon@SempraUtilities.com

May 20, 2004

Advice No. 3378
(U 904 G)

Public Utilities Commission of the State of California

Subject: Revision of the Income-Eligibility Guidelines, and Submission of Revised Application Forms and Instructions for the California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

Southern California Gas Company (SoCalGas) hereby submits for filing revisions to its tariff schedules, applicable throughout its service territory, as shown on Attachment B.

This filing is made in compliance with Ordering Paragraph 3 of Resolution (Res.) E-3524, dated February 19, 1998.

Purpose

This filing revises SoCalGas' income-qualified rate schedules to reflect the increased income-eligibility guidelines used to qualify individuals or households for the California Alternate Rates for Energy (CARE) program. It also revises the application instructions and forms to reflect the revised income guidelines. This filing contains six forms: individually-metered self-certification, individually-metered self-recertification, random post-enrollment verification, submetered self-certification, submetered self-recertification, and self-mailer. Additionally, the CARE application bill insert is incorporated herein as Attachment C.

Information

Res. E-3524 authorizes the energy utilities to change the income-eligibility guidelines for the CARE program pursuant to a communication issued by the Director of the Energy Division by May 1st of each year, with tariff revisions to be filed and become effective June 1st of each year.

Pursuant to a notice dated April 22, 2004, from the Director of the Energy Division, SoCalGas was provided with the new CARE income-eligibility levels to be effective from June 1, 2004, through May 31, 2005. This notice further directs the energy utilities to file revised tariffs with the Energy Division reflecting the new income levels by May 20, 2004.

Additionally, SoCalGas is implementing a new enrollment procedure to allow the CARE discounts to be transferred to a new address, thus eliminating the need to reapply for the program when CARE customers move. Due to constraints in computer programming

resources for SoCalGas' Customer Information System, revising the application instructions to reflect the CARE rate transfer has been scheduled to be effective August 20, 2004. SoCalGas will file a separate advice letter to revise the application instructions in the attached CARE forms to account for the CARE rate transfer on or before July 11, 2004 to allow for 40 days regular statutory notice.

Protest

Anyone may protest this Advice Letter to the California Public Utilities Commission. The protest must state the grounds upon which it is based, including such items as financial and service impact, and should be submitted expeditiously. The protest must be made in writing and received within 20 days of the date of this Advice Letter. There is no restriction on who may file a protest. The address for mailing or delivering a protest to the Commission is:

Energy Division - IMC Branch
California Public Utilities Commission
505 Van Ness Avenue, 4th Floor
San Francisco, CA 94102

Copies of the protest should also be sent via e-mail to the attention of both Jerry Royer (jjr@cpuc.ca.gov) and Honesto Gatchalian (jnj@cpuc.ca.gov) of the Energy Division. A copy of the protest shall also be sent via both e-mail and facsimile to the address shown below on the same date it is mailed or delivered to the Commission.

Attn: Sid Newsom
Regulatory Tariff Manager - GT14D6
555 West Fifth Street
Los Angeles, CA 90013-1011
Facsimile No. (213) 244-4957
E-Mail: snewsom@semprautilities.com

Effective Date

In compliance with Ordering Paragraph 3 of Res. E-3524, dated February 19, 1998, and the April 22, 2004 notice from the Energy Division, the tariff sheets filed herein are to be effective for service on and after June 1, 2004.

Notice

In accordance with Section III.G of General Order No. 96-A, a copy of this advice letter is being sent to the parties listed on Attachment A, which includes the service list for R.04-01-006.

J. STEVE RAHON
Director
Tariffs and Regulatory Accounts

Attachments

ATTACHMENT A

Advice No. 3378

(See Attached Service Lists)

ACN
 Brian Spector
 BSpector@acninc.com

ACN Energy
 Gary Morrow
 GMorrow@acninc.com

ACN Energy
 Tony Cusati
 tony.cusati@acnenergy.com

ACN Inc.
 Glenn Kinser
 gkinser@acninc.com

Aglet Consumer Alliance
 James Weil
 jweil@aglet.org

Alcantar & Kahl
 Elizabeth Westby
 egw@a-klaw.com

Alcantar & Kahl
 Kari Harteloo
 klc@a-klaw.com

AFRPA/DD McClellan Attn: L. Baustian
 3411 Olson Street, Room 105
 McClellan, CA 95652-1003

BP Amoco, Reg. Affairs
 Marianne Jones
 501 West Lake Park Blvd.
 Houston, TX 77079

BP EnergyCo.
 J. M. Zaiontz
 Zaiontj@bp.com

Barkovich & Yap
 Catherine E. Yap
 ceyap@earthlink.net

Berliner, Camdon & Jimison
 John Jimison
 johnj@bcjlaw.com

Beta Consulting
 John Burkholder
 burkee@cts.com

CPUC
 Consumer Affairs Branch
 505 Van Ness Ave., #2003
 San Francisco, CA 94102

CPUC
 Energy Rate Design & Econ.
 505 Van Ness Ave., Rm. 4002
 San Francisco, CA 94102

CPUC
 R. Mark Pocta
 rmp@cpuc.ca.gov

California Energy Market
 Lulu Weinzimer
 luluw@newsdata.com

Calpine Corp
 Avis Clark
 aclark@calpine.com

City of Anaheim
 Ben Nakayama
 Public Utilities Dept.
 P. O. Box 3222
 Anaheim, CA 92803

City of Azusa
 Light & Power Dept.
 215 E. Foothill Blvd.
 Azusa, CA 91702

City of Banning
 Paul Toor
 P. O. Box 998
 Banning, CA 92220

City of Burbank
 Fred Fletcher/Ronald Davis
 164 West Magnolia Blvd., Box 631
 Burbank, CA 91503-0631

City of Colton
 Thomas K. Clarke
 650 N. La Cadena Drive
 Colton, CA 92324

City of Glendale
 Larry Silva
 lsilva@ci.glendale.ca.us

City of Lompoc
 H. Paul Jones
 100 Civic Center Plaza
 Lompoc, CA 93438

City of Long Beach, Gas Dept.
 Chris Garner
 2400 East Spring Street
 Long Beach, CA 90806-2385

City of Los Angeles
 City Attorney
 1700 City Hall East
 Los Angeles, CA 90012

City of Pasadena
 Manuel A. Robledo
 150 S. Los Robles Ave., #200
 Pasadena, CA 91101

City of Riverside
 Stephen Aronson
 saronson@ci.riverside.ca.us

City of Vernon
 Kenneth J. DeDario
 kdedario@ci.vernon.ca.us

Coral Energy
Walter Cinibulk
wcinibulk@coral-energy.com

County of Los Angeles
Stephen Crouch
1100 N. Eastern Ave., Room 300
Los Angeles, CA 90063

Crossborder Energy
Tom Beach
tomb@crossborderenergy.com

Pat Darish
pdarish@acninc.com

Davis Wright Tremaine, LLP
Christopher Hilen
chrishilen@dwt.com

Davis Wright Tremaine, LLP
Edward W. O'Neill
One Embarcadero Center, #600
San Francisco, CA 94111-3834

Davis, Wright, Tremaine
Judy Pau
judypau@dwt.com

Dept. of General Services
Celia Torres
celia.torres@dgs.ca.gov

Dept. of General Services
Deniese Earley
deniese.earley@dgs.ca.gov

Dan Douglass
douglass@energyattorney.com

Downey, Brand, Seymour & Rohwer
Ann Trowbridge
atrowbridge@dbsr.com

Downey, Brand, Seymour & Rohwer
Dan Carroll
dcarroll@dbsr.com

Downey, Brand, Seymour & Rohwer
Phil Stohr
pstohr@dbsr.com

Duke Energy North America
Melanie Gillette
mlgillette@duke-energy.com

Dynegy
Joseph M. Paul
jmpa@dynegy.com

Enserch Gas Marketing, Inc.
Cathy Hawes
353 Sacramento, St., Suite 400
San Francisco, CA 94111

Gas Purchasing
BC Gas Utility Ltd.
16705 Fraser Highway
Surrey, British Columbia, V3S 2X7

General Services Administration
Facilities Management (9PM-FT)
450 Golden Gate Ave.
San Francisco, CA 94102-3611

Goodin, MacBride, Squeri, Ritchie &
Day, LLP
J. H. Patrick
hpatrick@gmssr.com

Goodin, MacBride, Squeri, Ritchie &
Day, LLP
James D. Squeri
jsqueri@gmssr.com

Jacqueline Greig
jnm@cpuc.ca.gov

Hanna & Morton
Norman A. Pedersen, Esq.
npedersen@hanmor.com

David Huard
dhuard@manatt.com

Imperial Irrigation District
K. S. Noller
P. O. Box 937
Imperial, CA 92251

JBS Energy
Jeff Nahigian
jeff@jbsenergy.com

Jeffer, Mangels, Butler & Marmaro
2 Embarcadero Center, 5th Floor
San Francisco, CA 94111

Kern River Gas Transmission Company
Janie Nielsen
Janie.Nielsen@KernRiverGas.com

LADWP
Nevenka Ubavich
nubavi@ladwp.com

LADWP
Randy Howard
P. O. Box 51111, Rm. 956
Los Angeles, CA 90051-0100

Law Office of Andrew J. Skaff
Andrew Skaff
andy@skafflaw.com

Law Offices of Diane I. Fellman
Diane Fellman
difellman@fellmanlaw.com

Law Offices of William H. Booth
William Booth
wbooth@booth-law.com

Luce, Forward, Hamilton & Scripps
John Leslie
jleslie@luce.com

MRW & Associates
Robert Weisenmiller
mrw@mrwassoc.com

Matthew Brady & Associates
Matthew Brady
matt@bradylawus.com

National Utility Service, Inc.
Jim Boyle
One Maynard Drive, P. O. Box 712
Park Ridge, NJ 07656-0712

PG&E
Anita Smith
aws4@pge.com

PG&E
Sharon Tatai
skt2@pge.com

PG&E
Todd Novak
tsn2@pge.com

PG&E
Sue Shaw
sxs9@pge.com

PG&E National Energy Group
Eric Eisenman
eric.eisenman@neg.pge.com

Pacific Gas & Electric Co.
John Clarke
jpc2@pge.com

Praxair Inc
Rick Noger
rick_noger@praxair.com

Questar Southern Trails
Lenard Wright
Lenard.Wright@Questar.com

Regulatory & Cogen Services, Inc.
Donald W. Schoenbeck
900 Washington Street, #780
Vancouver, WA 98660

Richard Hairston & Co.
Richard Hairston
hairstonco@aol.com

William Scott
wms@cpuc.ca.gov

Southern California Edison Co
Fileroom Supervisor
2244 Walnut Grove Ave., Room 290,
GO1
Rosemead, CA 91770

Southern California Edison Co
Karyn Gansecki
601 Van Ness Ave., #2040
San Francisco, CA 94102

Southern California Edison Co.
Colin E. Cushnie
cushnice@sce.com

Southern California Edison Co.
Kevin Cini
cinikr@sce.com

Southern California Edison Co.
John Quinlan
john.quinlan@sce.com

Southwest Gas Corp.
Edward Zub
P. O. Box 98510
Las Vegas, NV 89193-8510

Suburban Water System
Bob Kelly
1211 E. Center Court Drive
Covina, CA 91724

Sutherland, Asbill & Brennan
Keith McCrea
kmccrea@sablaw.com

TURN
Marcel Hawiger
marcel@turn.org

TURN
Mike Florio
mflorio@turn.org

Transwestern Pipeline Co.
Kelly Allen
kelly.allen@enron.com

Vandenberg AFB
Ken Padilla
ken.padilla@vandenberg.af.mil

<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Zaida Amaya-Pineda zca@cpuc.ca.gov</p>	<p>SEMPRA ENERGY GEORGETTA J. BAKER gbaker@sempra.com</p>	<p>COOPER, WHITE & COOPER ,L.L.P. JEFFREY F. BECK smalllecs@cwclaw.com</p>
<p>THE GREENLINING INSTITUTE ITZEL BERRIO iberrio@greenlining.org</p>	<p>SDG&E & SOUTHERN CALIF. GAS COMPANY BILLY BLATTNER wblattner@semprautilities.com</p>	<p>LATINO ISSUES FORUM SUSAN E. BROWN lifcentral@lif.org</p>
<p>BOBBURT ROBERT E. BURT bburt@macnexus.org</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Rashmi M. Bhatia rmb@cpuc.ca.gov</p>	<p>PACIFIC GAS AND ELECTRIC COMPANY DANIEL COOLEY dfc2@pge.com</p>
<p>SOUTHERN CALIFORNIA EDISON LARRY R. COPE larry.cope@sce.com</p>	<p>WEST COAST GAS CO., INC. RAYMOND J. CZAHR westgas@aol.com</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Eugene Cadenasso cpe@cpuc.ca.gov</p>
<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Mariana C Campbell mcl@cpuc.ca.gov</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Sherrene Chew spc@cpuc.ca.gov</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Cheryl Cox cxc@cpuc.ca.gov</p>
<p>DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES TIMOTHY DAYONOT tdayonot@csd.ca.gov</p>	<p>PACIFICORP MARISA DECRISTOFORO marisa.decristoforo@pacificorp.com</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Karen A Degannes kdg@cpuc.ca.gov</p>
<p>SESCO, INC. RICHARD ESTEVES sesco@optonline.net</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Gilbert Escamilla gil@cpuc.ca.gov</p>	<p>MOUNTAIN UTILITIES GENE FERRIS gferris@ski-kirkwood.com</p>
<p>THE UTILITY REFORM NETWORK BOB FINKELSTEIN bfinkelstein@turn.org</p>	<p>PACIFIC GAS AND ELECTRIC COMPANY SYLVIA D. GARDNER sdg6@pge.com</p>	<p>SIERRA PACIFIC POWER CO. TERESA GARDNER tgardner@sppc.com</p>
<p>SOUTHERN CALIFORNIA EDISON COMPANY JENNIFER R. HASBROUCK jennifer.hasbrouck@sce.com</p>	<p>JAMES HODGES hodgesjl@pacbell.net</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Jessica T. Hecht jhe@cpuc.ca.gov</p>
<p>COUNTY OF RIVERSIDE MARIA JUAREZ mjuarez@riversidedpss.org</p>	<p>SOUTHWEST GAS CORPORATION WALLACE C. KOLBERG wally.kolberg@swgas.com</p>	<p>HEMSTREET ASSOCIATES IRINA KRISHPINOVICH hemstreet@ideasarecheap.com</p>
<p>ALPINE NATURAL GAS OPERATING CO. #1 LLC MIKE LAMOND anginc@goldrush.com</p>	<p>EL CONCILIO OF SAN MATEO ORTENSIA LOPEZ or10sia@aol.com</p>	<p>RESCUE DANIEL W. MEEK dan@meek.net</p>

AVISTA UTILITIES
KATHY MITCHELL
rateca@avistacorp.com

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY
MARGARET MOORE
mmoore@semprautilities.com

SOCAL WATER/BEAR VALLEY
ELECTRIC
RONALD MOORE
kswitzer@scwater.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Monica L. McCrary
mlm@cpuc.ca.gov

SIERRA PACIFIC POWER COMPANY
DAVID M. NORRIS
dnorris@sppc.com

PACIFIC GAS AND ELECTRIC
COMPANY
CHONDA J. NWAMU
cjn3@pge.com

BAY AREA POVERTY RESOURCE
COUNCIL
WILLIAM F. PARKER
wparker@baprc.com

QUALITY CONSERVATION SERVICES,
INC.
ALLAN RAGO
arago@qcsca.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Manuel Ramirez
mzr@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Sarvjit S. Randhawa
ssr@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Stephen J. Rutledge
sjr@cpuc.ca.gov

COOPER, WHITE & COOPER, LLP
MARK P. SCHREIBER
mschreiber@cwclaw.com

LAW OFFICE OF ANDREW J. SKAFF
ANDREW J. SKAFF
andy@skafflaw.com

HOUSING CALIFORNIA
JULIE SNYDER
jsnyder@housingca.org

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY
FRANK A. SPASARO
fspasaro@semprautilities.com

SOUTHERN CALIFORNIA WATER
COMPANY
KEITH SWITZER
kswitzer@scwater.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Maria E. Stevens
mer@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
George S Tagnipes
jst@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Terrie J. Tannehill
tjt@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Sarah R Thomas
srt@cpuc.ca.gov

VERIZON HAWAII TEL.
LESLIE ALAN UEOKA
les.ueoka@verizon.com

FRESNO COUNTY ECONOMIC
OPPORTUNITIES COM
PAUL WHITE
paul.white@fresnoeoc.org

SAN DIEGO GAS AND ELECTRIC
COMPANY
YOLE WHITING
ywhiting@semprautilities.com

WINEGARD ENERGY, INC
WALLIS J. WINEGAR
wallis@winegardenergy.com

ALAN WOO
alanwoo@earthlink.net

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Donna L. Wagoner
dlw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Ivy Walker
imw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Josie Webb
wbb@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Carl W. Wood
cxw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Hallie Yacknin
hsy@cpuc.ca.gov

SOUTHERN CALIFORNIA EDISON
COMPANY
caseadmin@sce.com

ATTACHMENT B
Advice No. 3378

Cal. P.U.C. Sheet No.	Title of Sheet	Cancelling Cal. P.U.C. Sheet No.
Revised 37833-G	Schedule No. GRL, RESIDENTIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 4	Revised 36552-G
Revised 37834-G	Schedule No. GT-RL, CORE AGGREGATION TRANSPORTATION, RESIDENTIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 4	Revised 36553-G
Revised 37835-G	Schedule No. GSL, SUBMETERED MULTI-FAMILY SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 5	Revised 36661-G
Revised 37836-G	Schedule No. GT-SL, CORE AGGREGATION TRANSPORTATION, SUBMETERED MULTI-FAMILY SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 4	Revised 36555-G
Revised 37837-G	Schedule No. GN-10L, CORE COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 5	Revised 36556-G
Revised 37838-G	Schedule No. GN-10L, CORE COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 8	Revised 36557-G
Revised 37839-G	Schedule No. GT-10L, CORE AGGREGATION TRANSPORTATION, COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 6	Revised 36558-G
Revised 37840-G	Schedule No. GT-10L, CORE AGGREGATION TRANSPORTATION, COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED, Sheet 8	Revised 36559-G
Revised 37841-G	Schedule No. G-AC, CORE AIR CONDITIONING SERVICE, FOR COMMERCIAL AND INDUSTRIAL, Sheet 7	Original 36680-G
Revised 37842-G	Schedule No. GT-AC, CORE TRANSPORTATION-ONLY AIR CONDITIONING, SERVICE FOR COMMERCIAL AND INDUSTRIAL, Sheet 5	Revised 36685-G
Revised 37843-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Certification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6491-D (05/04), Sheet 1	Revised 37412-G
Revised 37844-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Mailer CARE Application, Form No. 6491-2A	Revised 36563-G

ATTACHMENT B
Advice No. 3378

Cal. P.U.C. Sheet No.	Title of Sheet	Cancelling Cal. P.U.C. Sheet No.
	(05/04), Sheet 1	
Revised 37845-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Recertification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6674-A (05/04), Sheet 1	Revised 37413-G
Revised 37846-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Post-Enrollment Verification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6675-A (05/04), Sheet 1	Revised 37414-G
Revised 37847-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Certification CARE Application, Submetered Residential Form No. 6677 (05/04), Sheet 1	Revised 36566-G
Revised 37848-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Recertification CARE Application, Submetered Residential Form No. 6678 (05/04), Sheet 1	Revised 36567-G
Revised 37849-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 37830-G
Revised 37850-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 37831-G
Revised 37851-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 37415-G
Revised 37852-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 37832-G

Schedule No. G-AC

Sheet 7

CORE AIR CONDITIONING SERVICE
FOR COMMERCIAL AND INDUSTRIAL

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

CARE (Continued)

15. (Continued)

Income Eligibility Requirements for Residents: The total annual household income from all sources (taxable and non-taxable) shall not be more than \$23,400 for each resident of the facility, and the resident shall not be claimed on another person's income tax return.

The owner or authorized representative of the facility shall notify the Utility within 30 days following any change that may impact the facility's eligibility for the discount.

Self-Certification and Self-Recertification Requirements: Non-profit group living facilities must provide proof of the appropriate state license to care for residents who, either temporarily or permanently, cannot function normally outside of the group-home environment and certification from the appropriate state agency showing what services, besides lodging, are provided, or any other proof satisfactory to the Utility. Primary facilities must meet the licensing and certification requirements, but not their separately-metered affiliated facilities.

Homeless shelters must provide verification that at least six (6) beds each day or night are provided a minimum of 180 days each year for persons who have no alternate residence, and must provide proof of a valid municipal or county conditional-use permit or any other proof satisfactory to the Utility. Non-profit group living facilities are not required to be licensed or certified.

Self-Recertification Requirements: Facilities will be required to recertify on an annual basis. At the time of each annual certification, the Utility shall require the facility, including homeless shelters, to certify how it intends to pass on the rate discount.

Random Post-Enrollment Verification: The self-certification and self-recertification applications for CARE benefits, and certification of the flow-through of the rate discount, shall be made under penalty of perjury under the laws of the State of California by the same individual who is responsible for the annual renewal of the facility's license from the appropriate state agency, when applicable. The accuracy of the self-certification or self-recertification applications may be subject to random post-enrollment verification by the Utility.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GRL
RESIDENTIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED

Sheet 4

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

3. (Continued)

Upon completion of an application and verification by a state-licensed physician (Form No. 4859-E), an additional Baseline allowance of .822 therms per day will be provided for paraplegic, quadriplegic, or hemiplegic persons, those afflicted with multiple sclerosis or scleroderma, or persons being treated for a life threatening illness or who have a compromised immune system.

Upon completion of an application and verification by a state-licensed physician or osteopath (Form No. 4859-E), an additional uniform daily Baseline allowance will be provided to customers requiring regular use of a medical life-support device (including heating and cooling needs), as defined in Rule No. 1, which utilizes mechanical or artificial means to sustain, restore, or supplant a vital function and requires the use of Utility-supplied gas. The amount of the additional allowances will be determined by the Utility from load and operating time data of the medical life-support device.

- 4. Seasonal Changes: Bills reflecting Baseline allowances will be prepared in the May and November billing periods using the applicable daily allowance from each respective seasonal period.
- 5. Customers receiving service hereunder with usage at each facility in excess of 250,000 therms per year may qualify for transportation service under a special contract. Additionally, customers may aggregate their gas volumes to qualify for transportation service under Schedule No. GT-RL.
- 6. Eligibility: An income-qualified household has total annual income from all sources (taxable and non-taxable) that is no more than shown in the table below for the number of persons in the household.

<u>Number of Persons In Household</u>	<u>Total Annual Household Income</u>
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
7	\$49,900

For households with more than seven persons, add \$5,600 annually for each additional person living in the household.

No person who is claimed on another person's income tax return shall be eligible for this rate.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GT-RL

Sheet 4

CORE AGGREGATION TRANSPORTATION
RESIDENTIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

4. Seasonal Changes: Bills reflecting Baseline allowances will be prepared in the May and November billing periods using the applicable daily allowance from each respective seasonal period.
5. Eligibility: An income-qualified household has total annual income from all sources (taxable and non-taxable) that is no more than shown in the table below for the number of persons in the household.

Number of Persons <u>In Household</u>	Total Annual <u>Household Income</u>
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
7	\$49,900

For households with more than seven persons, add \$5,600 annually for each additional person living in the household.

No person who is claimed on another person's income tax return shall be eligible for this rate.

Upon completion and acceptance of the self-certification or self-recertification applications by SoCalGas (Form Nos. 6491-A or 6491-B), customers shall be billed on this rate commencing with their next regularly scheduled bill.

Customers are only eligible to receive this rate at one residential location at any one time.

Random Post-Enrollment Verification: Resolution E-3586 authorized SoCalGas to undertake random post-enrollment verification of customers receiving the CARE rate. If selected for random post-enrollment verification, customers must provide proof of income to SoCalGas. SoCalGas will verify the eligibility of each customer so selected.

Further, questionable applications will also be subject to post-enrollment verification. A customer either suspected or found to have provided incorrect information will be required to submit proof of income eligibility. Customer refusal or failure to provide proof of eligibility, upon request, will be removed immediately from the CARE rate.

Customers who are found to be ineligible or fail to timely notify SoCalGas that they are no longer qualify for the rate discount may be subject to corrective rebilling under the appropriate rate schedule.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GN-10L

Sheet 5

CORE COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

NONPROFIT GROUP LIVING FACILITIES (Continued)

7. (Continued)

a. Facility Eligibility Requirements (Continued)

Each resident (100%) must meet the CARE income-eligibility standards for a single-person household for the facility or the non-licensed, separately metered facility to qualify under this schedule. A caregiver who lives in the facility is not a resident for purposes of determining eligibility. At least 70% of the energy consumed on the CARE rate must be used for residential purposes.

The Utility shall require the facility to provide a copy of its IRS Nonprofit Tax ID Form 501(c)(3), and state business license, conditional use permit or any other proof satisfactory to the Utility. Facilities that have been qualified by the Utility under self-certification or self-recertification and are receiving the rate discount may be subject to random post-enrollment verification by the Utility.

An authorized representative of the facility shall sign Form No. 6571 certifying that any savings derived from the discount shall be used for the direct benefit of the residents. Such direct benefit may be in the form of improved quality of care or improved food services.

Customers who are found to be ineligible or fail to timely notify the Utility when they no longer qualify for the rate discount may be subject to corrective rebilling under the appropriate rate schedule.

Upon completion of Form No. 6571 and acceptance, eligible facilities or their affiliates shall receive the discount commencing with the next regularly scheduled bill.

b. Residents' Income-Eligibility Requirements: The total annual household income (from all sources (taxable and non-taxable) shall not be more than \$23,400 for each resident of the facility, and the resident shall not be claimed on another person's income tax return.

The owner or authorized representative of the facility shall notify the Utility within 30 days following any change that may impact the facility's eligibility for the discount.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GN-10L

Sheet 8

CORE COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

QUALIFIED AGRICULTURAL EMPLOYEE HOUSING FACILITIES (continued)

8. (Continued)

a. Facility Eligibility Requirements: (Continued)

Customers who are found to be ineligible or fail to timely notify the Utility when they no longer qualify for the rate discount may be subject to corrective rebilling under the appropriate rate schedule.

b. Income-Eligibility Requirements for Resident Households: An income-qualified household has total annual income from all sources (taxable and non-taxable) that is no more than shown in the table below for the number of persons in the household.

<u>Number of Persons In Household</u>	<u>Total Annual Household Income</u>
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
7	\$49,900

For households with more than seven persons, add \$5,600 annually for each additional person living in the household.

No person claimed on another person's income tax return shall be eligible for this rate.

The owner or authorized representative of the facility shall notify the Utility within 30 days following any change that may impact the facility's eligibility for the discount.

c. Self-Certification and Self-Recertification Requirements: The Applicant must also provide copies of the following:

(1) Migrant Farmworker Housing Centers: the facility's current contract with the Office of Migrant Services, Department of Housing and Community Development.

(2) Privately-Owned Employee Housing: a valid permit or license issued to the facility pursuant to Section 17030 of the Health and Safety Code.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GT-10L

Sheet 6

CORE AGGREGATION TRANSPORTATION
COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

NONPROFIT GROUP LIVING FACILITIES (Continued)

13. (Continued)

- b. Residents' Income-Eligibility Requirements: The total annual household income (from all sources (taxable and non-taxable) shall not be more than \$23,400 for each resident of the facility, and the resident shall not be claimed on another person's income tax return.

The owner or authorized representative of the facility shall notify SoCalGas within 30 days following any change that may impact the facility's eligibility for the discount.

- c. Self-Certification and Self-Recertification Requirements: Nonprofit group living facilities must provide proof of the appropriate state license to care for residents who, either temporarily or permanently, cannot function normally outside of the group home environment and certification from the appropriate state agency showing what services, besides lodging, are provided or any other documentation SoCalGas may reasonably require. Primary facilities must meet the licensing and certification requirements, but not their separately-metered affiliated facilities.

Homeless shelters must provide verification that at least six (6) beds each day or night are provided during a minimum 180 days each year for persons who have no alternate residence, and must provide proof of a valid municipal or county conditional-use permit or any other documentation SoCalGas may reasonably require. Nonprofit group living facilities are not required to be licensed or certified.

- d. Self-Recertification Requirements: Facilities will be required to recertify on an annual basis. At the time of each annual self-recertification, SoCalGas shall require the facility to certify how it intends to pass on the rate discount.
- e. Random Post-Enrollment Verification: The self-certification and self-recertification applications for CARE benefits, and certification of the flow-through of the rate discount, shall be made under penalty of perjury by the same individual who is responsible for the annual renewal of the facility's license from the appropriate state agency, when applicable. The accuracy of the self-certification or self-recertification applications may be subject to random post-enrollment verification by SoCalGas.

QUALIFIED AGRICULTURAL EMPLOYEE HOUSING FACILITIES

14. SoCalGas shall offer the CARE discount to migrant farmworker housing centers; privately-owned employee housing, or agricultural employee housing operated by nonprofit entities that qualify as follows:

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GT-10L

Sheet 8

CORE AGGREGATION TRANSPORTATION
COMMERCIAL AND INDUSTRIAL SERVICE, INCOME-QUALIFIED

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

QUALIFIED AGRICULTURAL EMPLOYEE HOUSING FACILITIES (Continued)

14. (Continued)

a. Facility Eligibility Requirements (Continued)

Upon completion of Form No. 6632 and acceptance, eligible facilities or their affiliates shall receive the discount commencing with the next regularly scheduled bill.

Facilities that have been qualified under self-certification or self-recertification and are receiving the rate discount may be subject to random post-enrollment verification by SoCalGas.

Customers who are found to be ineligible or fail to timely notify SoCalGas when they no longer qualify for the rate discount may be subject to corrective rebilling under the appropriate rate schedule.

b. Income-Eligibility Requirements for Resident Households: An income-qualified household has total annual income from all sources (taxable and non-taxable) that is no more than shown in the table below for the number of persons in the household.

<u>Number of Persons In Household</u>	<u>Total Annual Household Income</u>
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
7	\$49,900

For households with more than seven persons, add \$5,600 annually for each additional person living in the household.

No person claimed on another person's income tax return shall be eligible for this rate.

The owner or authorized representative of the facility shall notify SoCalGas within 30 days following any change that may impact the facility's eligibility for the discount.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GSL

Sheet 5

SUBMETERED MULTI-FAMILY SERVICE, INCOME-QUALIFIED

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

4. As a condition of service under this schedule, the customer must provide (1) a certification that all tenants have been notified in writing that the customer is applying for gas service under Schedule No. GSL which provides a submetering credit, and (2) a copy of such written notice.
5. It is the responsibility of the customer to advise the Utility within 15 days following any change in the number of dwelling units or mobile home spaces provided gas service.
6. Seasonal Changes: Bills reflecting Baseline allowances will be prepared in the May and November billing periods using the applicable daily allowance from each respective seasonal period.
7. This schedule is closed as of December 15, 1981 for gas service to new multi-unit residential structures where such multi-unit tenants use gas directly in gas appliances in each occupancy and which requires venting. If a written commitment has been made by the Utility to provide master-metered service to new multi-unit residential structures where such multi-unit tenants use gas directly in gas appliances in each occupancy and which require venting, such commitment shall constitute authority for service under this schedule; however, such commitment shall become null and void if construction does not commence within twelve months from December 15, 1981.
8. Customers receiving service hereunder with usage at each facility in excess of 250,000 therms per year may qualify for transportation service under a special contract. Additionally, customers may aggregate their gas volumes to qualify for transportation service under Schedule No. GT-SL.
9. Eligibility: An income-qualified household has total annual income from all sources (taxable and non-taxable) that is no more than shown in the table below for the number of persons in the household.

<u>Number of Persons In Household</u>	<u>Total Annual Household Income</u>
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
7	\$49,900

For households with more than seven persons, add \$5,600 annually for each additional person living in the household.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GT-SL

Sheet 4

**CORE AGGREGATION TRANSPORTATION
 SUBMETERED MULTI-FAMILY SERVICE, INCOME-QUALIFIED**

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

4. As a condition of service under this schedule, the customer must provide (1) a certification that all tenants have been notified in writing that the customer is applying for gas service under Schedule No. GT-SL which provides a submetering credit, and (2) a copy of such written notice.
5. It is the responsibility of the customer to advise SoCalGas within 15 days following any change in the number of dwelling units or mobile home spaces provided gas service.
6. Seasonal Changes: Bills reflecting Baseline allowances will be prepared in the May and November billing periods using the applicable daily allowance from each respective seasonal period.
7. This schedule is closed as of December 15, 1981 for gas service to new multi-unit residential structures where such multi-unit tenants use gas directly in gas appliances in each occupancy and which requires venting. If a written commitment has been made by SoCalGas to provide master-metered service to new multi-unit residential structures where such multi-unit tenants use gas directly in gas appliances in each occupancy and which require venting, such commitment shall constitute authority for service under this schedule; however, such commitment shall become null and void if construction did not commence within twelve months from December 15, 1981.
8. Eligibility: An income-qualified household has a total annual income from all sources (taxable and non-taxable) that is no more than shown in the table below based on the number of persons in the household.

<u>Number of Persons In Household</u>	<u>Total Annual Household Income</u>
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
7	\$49,900

For households with more than seven persons, add \$5,600 annually for each additional person living in the household.

No person who is claimed on another person's income tax return shall be eligible for this rate.

Upon completion and acceptance of the self-certification or self-recertification application by SoCalGas (Form Nos. 6491-A or 6491-B), tenants shall be billed on this rate commencing with their next regularly scheduled bill.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

Schedule No. GT-AC

Sheet 5

CORE TRANSPORTATION-ONLY AIR CONDITIONING
SERVICE FOR COMMERCIAL AND INDUSTRIAL

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

CARE

18. Eligibility Requirements: The CARE discount shall apply to non-profit group living facilities and non-licensed, separately metered affiliated facilities, such as homeless shelters, women's shelter, transitional housing (e.g., for drug rehabilitation, halfway house, etc.), short- or long-term care facility (hospice, nursing home, senior's or children's home), a group home for physically or mentally disabled persons, or non-profit residential facility whose construction was government-subsidized and meets all other applicable criteria. Student housing/dorms, military barracks, fraternities/sororities, government-owned, and privately-owned "for profit" government-subsidized housing are excluded. The exclusion of government-owned and government-subsidized housing does not apply to homeless shelters.

The discount shall apply to non-licensed, separately metered affiliates of qualifying non-profit group facilities so long as the customer of record is the qualifying non-profit facility.

Each resident of the facility or the non-licensed, separately metered facility (100%) must meet the CARE income eligibility standards for a single-person household to qualify for the G-ACL rate. At least 70% of the energy consumed on the CARE rate must be used for residential purposes.

SoCalGas shall require the facility to provide a copy of its IRS Non-Profit Tax ID Form 501(c)(3), and state business license, conditional use permit or any other proof satisfactory to SoCalGas. Facilities that have been qualified by SoCalGas under self-certification or self-recertification and are receiving the rate discount may be subject to random post-enrollment verification by SoCalGas.

An authorized representative of the facility shall sign Form No. 6571 certifying that any savings derived from the discount shall be used for the direct benefit of the residents. Such direct benefit may be in the form of improved quality of care or improved food service.

Customers who are found to be ineligible or fail to timely notify SoCalGas when they no longer qualify for the rate discount may be subject to corrective rebilling under the appropriate rate schedule.

Upon completion of Form No. 6571 and acceptance, eligible facilities or their affiliates shall receive the discount commencing with the next regularly scheduled bill.

Income Eligibility Requirements for Residents: The total annual household income from all sources (taxable and non-taxable) shall not be more than \$23,400 for each resident of the facility, and the resident shall not be claimed on another person's income tax return.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6491-D (05/04)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Date:

Account Number:

How to Apply for the California Alternate Rates for Energy (CARE) program: You may be eligible for a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may also qualify for a 60% discount on your Service Establishment Charge if you are qualified within 90 days of starting new gas service. To apply, please complete the application form included and return it in the envelope provided. You will receive your discount(s) once your completed, signed application is approved by The Gas Company.

VERIFICATION: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS (All Must Be Met):

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
For each additional person in your household add \$5,600					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200

Korean: 1-800-427-0471

Southern California Gas Company Form 6491-D (05/04)

Mandarin: 1-800-427-1429

Cantonese: 1-800-427-1420

Spanish: 1-800-342-4545

Vietnamese: 1-800-427-0478

Date:

Account Number:

California Alternate Rates for Energy (CARE) Application

 **1 Check the total number of persons in your household:**

One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
Six (6) More than Six (6+), Number: _____


 **Adults:** _____ **Children:** _____

 **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**


a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300:
Total Income\$ _____


 **3 Check all sources of income for your household:**

Wages or Salaries Disability Payments TANF (AFDC)
Interest or Dividends from: Workers Compensation Food Stamps
Savings Accounts, Social Security, SSI, SSP Child Support
Stocks or Bonds, or Pensions Cash and/or
Retirement Accounts Insurance Settlements Other Income
Unemployment Benefits Legal Settlements Spousal
Rental or Royalty Income Support
Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

 **4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete **1** through **4**?

Fecha:

Número de Cuenta:

Cómo solicitar el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en

California (CARE): Usted puede ser elegible para un descuento de 20% en su cobro de gas en su domicilio principal. Usted también podría calificar para un descuento de 60% en el cobro del Servicio de Establecimiento si usted es aprobado dentro de 90 días del inicio de su servicio de gas. Para aplicar, por favor complete la solicitud incluida y regrésela en el sobre incluido. Usted recibirá el descuento(s) una vez que su completada y firmada aplicación es aprobada por The Gas Company.

VERIFICACIÓN: En una fecha posterior, pueda ser que se le pida que compruebe los ingresos de su hogar. Si se le pide, usted debe de proveer documentos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (Todos deben ser cumplidos):

- La cuenta de gas está a su nombre.
- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no es su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de aplicar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada dos años.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a The Gas Company dentro de 30 días de cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Por cada persona adicional agregue \$5,600					

¿Que Cuenta como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetario relacionado con el empleo.

Usted también podría calificar para Asistencia de Energía del Hogar para consumidores de bajos ingresos (LIHEAP): 1-866-675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200


Fecha:

Número de Cuenta:

**Solicitud para el programa de Tarifas
Alternativas para Energía en California (CARE)**

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____

 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos brutos anuales de su hogar:**

a. \$0 a \$23,400	d. \$33,101 a \$38,700
b. \$23,401 a \$27,500	e. \$38,701 a \$44,300
c. \$27,501 a \$33,100	f. Más de \$44,300, indique los ingresos totales: \$ _____

 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos:**

Sueldos o salarios	Ingresos por incapacidad
Intereses o Dividendos de:	Compensación al trabajador
Ahorros,	TANF (AFDC)
Bonos o Acciones	Seguro Social, SSI, SSP
Cuentas de retiro	Estampillas de comida
Beneficios de desempleo	Apoyo económico para niños
Ingresos de renta o realeza	Apoyo económico del cónyuge
Pensión y Retiro	Pólizas de seguros
Becas, Apoyos económicos escolares, u otra ayuda para gastos de vivienda	Acuerdos legales
Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29)	Donativos en efectivo
	Otros ingresos

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____

¿Llenó número **1** al **4**?

日期：

帳號：

如何申請加州能源低費率 (CARE) 計劃

「的主要居住處所可能符合享有 20% 的瓦斯(煤氣)費折扣的條件。如果「用瓦斯(煤氣)服務的 90 天之內通過審核，還可以獲得 60% 的開戶手續費折扣。要申請取得瓦斯(煤氣)費用的折扣，請「妥申請表格後，用隨附上的回郵信封，寄回瓦斯公司(The Gas Company[®])。在 The Gas Company 核准經「寫簽名的申請表後，「即可獲得折扣。

驗證：本公司稍後可能要求「提出合格參加本計劃的證明。如經要求，「必須提出所有居住人的經濟來源證明文件，若「不回覆或經「核後認定「不合格，「可能會收到更正的帳單。

申請條件 (須完全符合)：

- 瓦斯帳單上必須是「的名字。
- 「不能是其他人報稅單上的被撫養人 (除了「的配偶外)。
- 「的家庭年總收入(年收入包含所有居住府上者的收入和補助)- 在抵稅前 -不能超過下面表格所列的金額。
- 每隔兩年，須重新申請此計劃。
- 如被要求，須提出證明文件。
- 如「的資格有更改，「必須在 30 天內通知瓦斯公司。

居住人數:	1	2	3	4	5	6
全家人所有來源的年總收入不能超過	\$23,400	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
每增加一人加	\$5,600					

什「是應計算在內的家庭總收入？

家庭總收入是指所有住在府上的人的所有經濟來源，包括但不限於：工資、薪水、利息、紅利、配偶和子女贍養費、政府補助金、社會安全金和退休金、租金收入、自「收入和所有與工作有關的非現金收入。

「也許有資格申請下列補助計劃：

LIHEAP - 低收入家庭能源補助計劃。提供付費協助、緊急付費協助和節約能源服務。請致電加州社區服務部 1-866-675-6623。

DAP - The Gas Company 的直接協助計劃免費提供節約能源服務，請致電 1-800-331-7593。

如欲索取進一步資料，或需協助「表，請致電瓦斯公司：

英語：1-800-427-2200

國語：1-800-427-1429

西語：1-800-342-4545

韓語：1-800-427-0471

「話：1-800-427-1420

越語：1-800-427-0478

Southern California Gas Company Form 6491-D (05/04)

日期:

帳號:

加州能源低費率 (CARE) 計劃申請表 (Application)

+ ① 請標示府上的居住人口總數:

- 一 (1) 二 (2) 三 (3) 四 (4) 五 (5)
 六 (6) 超過六人 (6+), 總人數: _____

 成人: _____ 小孩: _____

+ ② 請標示府上所有人的年收入及經濟來源總額:

- a. \$0 至 \$23,400 d. \$33,101 至 \$38,700
b. \$23,401 至 \$27,500 e. \$38,701 至 \$44,300
c. \$27,501 至 \$33,100 f. 超過 \$44,300, 總收入 \$ _____

+ ③ 請從下列項目中註明府上的經濟來源:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 薪資和府金 | <input type="checkbox"/> 殘障福利金 | <input type="checkbox"/> TANF |
| 利息或以下紅利收入: | <input type="checkbox"/> 勞工賠償 | (以前的 AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 儲蓄帳戶 | <input type="checkbox"/> 社會安全福利金/SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 食物券 |
| <input type="checkbox"/> 股票或債券 | <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 小孩贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 退休帳戶 | <input type="checkbox"/> 保險賠償 | <input type="checkbox"/> 現金餽贈和/或
其他收入 |
| <input type="checkbox"/> 失業福利金 | <input type="checkbox"/> 法律賠償 | <input type="checkbox"/> 配偶贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 租金或權利金收入 | | |
| <input type="checkbox"/> 助學金, 府學金或其他生活補助金 | | |
| <input type="checkbox"/> 自由業收入(IRS Form 1040, Schedule C, line 29) | | |

+ ④ 請問府上是否其他報稅人稅單上的被撫養人(配偶不算)? 是 否

聲明和個人證明: 我願意證明上述申請資料正確屬實, 若需要我也同意提供經濟來源證明, 我同意若我不再符合條件時, 即通知 The Gas Company, 我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣, 我了解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和他們的業務代表以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: _____ - 日期: _____

 電話號碼: (____) _____ 府上是否寫了 ① 至 ④ 項?

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 요금제 전환 (CARE) 프로그램 신청 방법: 귀하께서는 주 거주지의 가스 요금을 20% 할인 받을 수도 있습니다. 또한, 새로 가스 서비스가 시작된 지 90일 이내에 자격 조건이 해당되는 경우에는 '가스 가설료'의 60%를 할인 받을 수도 있습니다. 본 프로그램을 신청하시려면, 첨부된 신청서에 모두 기입하신 후 반송 봉투에 넣어 보내주십시오. 작성하여 서명한 신청서가 The Gas Company®로부터 승인되면 할인 요금이 적용됩니다.

자격 확인: 나중에 귀하가 CARE의 자격을 갖추고 있는 지에 대한 확인을 요구 받을 지도 모릅니다. 그렇게 되면, 귀하는 귀하의 세대원 전체의 소득 증빙 자료를 제출하여야 합니다. 귀하가 확인 요구에 응하지 않거나 자격이 없는 것으로 판명되면 수정된 고지서를 받을 가능성이 있습니다.

자격 요건 (모두 해당되어야 함):

- 가스 요금 고지서가 귀하의 명의로 되어 있어야 합니다.
- 배우자를 제외한 세대원 중 누구도 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 없어야 합니다.
- 귀하의 연간 가구 소득 (모든 세대원이 얻는 소득 또는 지원금)의 세금 공제 전 총액이 아래에 나오는 소득 수준 미만이어야 합니다.
- 이사하실 때마다 새로 신청하셔야 합니다.
- 2년마다 CARE 신청서를 새로 작성하셔야 합니다.
- CARE 자격 사항에 대한 확인 요구를 받으면, 그에 응하셔야 합니다.
- 자격 변동 사항이 있으면 그로부터 30일 이내에 The Gas Company에 통지하여야 합니다.

세대원의 수:	1 혹은 2	3	4	5	6
연간 가구 소득 한도액:	\$23,400	\$27,500	\$33,600	\$38,700	\$44,300
세대원이 6명 초과시는 1인당 \$5,600씩 추가					

수입으로 간주되는 것은? 가구 소득 총액은 세대원 전부가 각종 소득원으로부터 얻는 모든 수입으로서 다음을 모두 포함하지만 이것들에만 국한되지는 않습니다: 노임, 봉급, 이자, 배당금, 배우자 및 자녀 부양비, 공공 보조금, 사회 보장금 및 연금, 임대 소득, 자영 소득, 직업 관련 모든 비현금 소득 등.

귀하는 저소득 가정 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP): 전화 1-866-675-6623 또는 직접 지원 프로그램 (DAP): 전화 1-800-331-7593의 지원을 받을 자격이 될 수도 있습니다.

영어: 1-800-427-2200

북경어: 1-800-427-1429

스페인어: 1-800-342-4545

한국어: 1-800-427-0471

광둥어: 1-800-427-1420

베트남어: 1-800-427-0478

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 요금제 전환 (CARE) 신청서

☞ ① 귀하의 세대원 수 전체를 표시하십시오.

- 1명 2명 3명 4명 5명
 6명 6명 초과시 세대원 수: _____
 ※ 성인: _____ 어린이: _____

☞ ② 귀하의 전체 세대원이 모든 소득원으로부터 얻는 연간 가구 소득 총액을 표시하십시오.

- a. \$0 ~ \$23,400 d. \$33,101 ~ \$38,700
 b. \$23,401 ~ \$27,500 e. \$38,701 ~ \$44,300
 c. \$27,501 ~ \$33,100 f. \$44,300 초과시, 소득 총액 \$_____

☞ ③ 귀하의 모든 소득원을 표시하십시오.

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 노임 또는 봉급 | <input type="checkbox"/> 장애인 지원 | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 이자 또는 배당금 (아래 출처) | <input type="checkbox"/> 산재 보상금 | <input type="checkbox"/> 식품 구매권 |
| <input type="checkbox"/> 예금 계좌 | <input type="checkbox"/> 사회보장금, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> 자녀 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 주식 또는 채권 | <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 현금이나 기타 소득 |
| <input type="checkbox"/> 은퇴 계좌 | <input type="checkbox"/> 보험 합의금 | <input type="checkbox"/> 배우자 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 실업 수당 | <input type="checkbox"/> 법적 합의금 | |
| <input type="checkbox"/> 임대 또는 로열티 소득 | | |
| <input type="checkbox"/> 장학금, 보조금, 또는 기타 생활비 지원금 | | |
| <input type="checkbox"/> 자영업 수익 (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29번째 줄) | | |

☞ ④ 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 있는 사람이 있습니까? (배우자 제외) 예 아니오

신상 증명에 대한 서약: 본인은 이 신청서에 기재한 모든 내용이 진실이며 사실과 다르지 않음을 서약합니다. 본인은 요청이 있을 경우 소득 증빙자료를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 할인 받을 자격을 더 이상 갖지 않게 되면, The Gas Company에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 자격이 없는 상태에서 받은 할인 혜택이 있을 경우, 추후에 그 할인 금액의 반환을 요구 받을 수 있음을 인정합니다. The Gas Company에서 다른 공공 사업체나 대행업체에게 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시키기 위해 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다.

서명: _____ ✍ 날짜: _____

☎ 전화번호: () _____ ① 번에서 ④ 번까지 모두 작성하십니까?

Ngày:

Số trương mục:

Cách Làm Đơn Xin Hưởng Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)

Quý vị có thể hợp lệ để được giảm 20% trên hóa đơn Gas tại nơi cư ngụ chính của quý vị. Quý vị cũng có thể hợp lệ để được giảm 60% trên Lệ Phí Thiết Lập Dịch Vụ nếu quý vị hội đủ điều kiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày bắt đầu dịch vụ mới. Muốn ghi danh, xin điền vào mẫu đơn và gửi lại cho The Gas Company®. Quý vị sẽ được hưởng giá giảm sau khi đơn xin đã được điền đầy đủ với chữ ký của quý vị được The Gas Company chấp thuận.

Chứng Thực: Về sau này, quý vị có thể được yêu cầu chứng thực tình trạng hợp lệ của quý vị để hưởng chương trình CARE. Nếu được yêu cầu, quý vị phải cung cấp các chứng từ lợi tức của tất cả mọi người sống trong nhà quý vị. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ, hoặc chúng tôi xét thấy quý vị không hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị hóa đơn điều chỉnh lại số tiền đã giảm.

Các Điều Kiện Đòi Hỏi (Phải hội đủ tất cả các điều kiện sau):

- Hóa đơn gas do quý vị đứng tên.
- Không ai được khai quý vị là người phụ thuộc trong mẫu khai thuế lợi tức của người ấy (trừ người hôn phối của quý vị).
- Lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị (tức tổng số lợi tức hoặc trợ cấp mà tất cả những người sống trong nhà quý vị nhận được) - trước mọi khấu trừ - không quá mức quy định liệt kê ở phần dưới.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia hạn chương trình CARE mỗi hai năm một lần.
- Quý vị chứng thực tình trạng hợp lệ của mình nếu được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày về những thay đổi có ảnh hưởng đến tình trạng hợp lệ của quý vị.

Số người trong nhà:	1	2	3	4	5	6
Tổng số lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị không vượt quá:	\$23,400	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Mỗi người phụ trội trong nhà, cộng thêm \$5,600						

Những Gì Được Coi Là Lợi Tức?

Tổng số lợi tức của cả nhà là tổng cộng các thu nhập của tất cả mọi người trong nhà quý vị, bất cứ từ những nguồn thu nhập nào, bao gồm, nhưng không hạn chế, những thứ như: tiền lương, bổng lộc, tiền lãi, tiền lời cổ phần, tiền cấp dưỡng nuôi con hay người hôn phối, tiền trợ cấp xã hội, tiền hưu trí và An Sinh Xã Hội, tiền cho thuê nhà, lợi tức từ việc làm tự do, và tất cả các lợi tức không dưới hình thức hiện kim, liên quan đến việc làm.

Các chương trình và dịch vụ mà quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng:

LIHEAP – Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp: Giúp trả cho các hóa đơn, giúp trả cho những hóa đơn trong trường hợp khẩn cấp và các dịch vụ chống sự tàn phá của thời tiết. Gọi cho Ban Dịch Vụ Cộng Đồng California tại số 1-866-675-6623.

DAP - Chương Trình Trợ Giúp Trực Tiếp của The Gas Company cung cấp các dịch vụ miễn phí chống sự tàn phá của thời tiết. Gọi số 1-800-331-7593.

Muốn giao dịch bằng những ngôn ngữ khác, xin gọi THE GAS COMPANY tại các số điện thoại dưới đây:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tiếng Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Đại Hàn: 1-800-427-0471

Tiếng Việt Nam: 1-800-427-0478

Southern California Gas Company Form 6491-D (05/04)

Ngày:

Số Trương Mục:

Đơn Xin Gia Nhập Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)



❶ Đánh dấu vào ô thích hợp với số người trong nhà của quý vị:

- Một (1) Hai (2) Ba (3) Bốn (4) Năm (5)
 Sáu (6) Nhiều hơn sáu người (6+), số người: _____



Người lớn: _____ Trẻ em: _____ Tổng cộng: _____



❷ Đánh dấu vào ô thích hợp với tổng số lợi tức hàng năm của tất cả những người sống trong nhà của quý vị, từ mọi nguồn thu nhập:

- a. \$0 tới \$23,400 d. \$33,101 tới \$38,700
b. \$23,401 tới \$27,500 e. \$38,701 tới \$44,300
c. \$27,501 tới \$33,100 f. Nhiều hơn \$44,300, Tổng số lợi tức: \$ _____



❸ Đánh dấu vào ô thích hợp với tất cả các nguồn lợi tức của mọi người trong nhà quý vị:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lương hay bổng lộc | <input type="checkbox"/> Tiền tàn tật | <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp xã hội (TANF, AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Tiền lãi hay tiền lời cổ phần từ | <input type="checkbox"/> Tiền tai nạn lao động | <input type="checkbox"/> Phiếu thực phẩm |
| <input type="checkbox"/> Trương mục tiết kiệm | <input type="checkbox"/> Tiền An Sinh Xã Hội, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng con cái |
| <input type="checkbox"/> Chứng khoán hoặc trái phiếu | <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền mặt và/hoặc |
| <input type="checkbox"/> Trương mục hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền bảo hiểm trả | <input type="checkbox"/> Các lợi tức khác |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền do vụ kiện trả | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng do người hôn phối |
| <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà hay tiền bản quyền | | |
| <input type="checkbox"/> Học bổng, phụ cấp, hay các trợ cấp khác dùng cho đời sống | | |
| <input type="checkbox"/> Lợi tức từ việc làm tự do (Mẫu thuế 1040, Bảng kê C, dòng 29) | | |



❹ Có người nào (trừ người hôn phối của quý vị) khai quý vị là người phụ thuộc trên mẫu khai thuế của họ không? Có Không

Lời khai và tự xác nhận: Tôi xác nhận rằng những điều tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp tất cả các tài liệu về thu nhập nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho The Gas Company khi tôi không còn hợp lệ để được hưởng sự giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận bất cứ sự giảm giá nào mà không hội đủ điều kiện, tôi có thể sẽ bị yêu cầu trả lại số tiền đã nhận. Tôi cũng hiểu rằng The Gas Company có thể sẽ chia sẻ những tin tức của tôi với các cơ quan cung cấp tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để được ghi danh vào những chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: _____



Ngày: _____



Số điện thoại: (____) _____

Quý vị đã điền đầy đủ từ câu ❶ đến hết câu ❹ chưa?

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Recertification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6674-A (05/04)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Date:

Account Number:

How to Recertify for the California Alternate Rates for Energy

(CARE) program: You currently receive a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You must recertify your eligibility to continue receiving this discount. To recertify, please complete the application form included and return it in the envelope provided. Your discount will continue if your completed, signed application is approved by The Gas Company within 30 days.

VERIFICATION: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS (All Must Be Met):

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
For each additional person in your household add \$5,600					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200
Korean: 1-800-427-0471

Mandarin: 1-800-427-1429
Cantonese: 1-800-427-1420

Spanish: 1-800-342-4545
Vietnamese: 1-800-427-0478

Date:

Account Number:

Check this box if you no longer qualify for CARE.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Recertification

 **1 Check the total number of persons in your household:**

One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
Six (6) More than Six (6+), Number: _____


 **Adults:** _____ **Children:** _____

 **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**


a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300:
Total Income\$ _____

 **3 Check all sources of income for your household:**

Wages or Salaries	Disability Payments	TANF (AFDC)
Interest or Dividends from: Savings Accounts, Stocks or Bonds, or Retirement Accounts	Workers Compensation Social Security, SSI, SSP Pensions	Food Stamps Child Support Cash and/or Other Income
Unemployment Benefits	Insurance Settlements	Spousal Support
Rental or Royalty Income	Legal Settlements	
Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses		
Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)		

 **4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete **1** through **4**?

Fecha:

Número de Cuenta:

Cómo Recertificar para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE): Usted está recibiendo la tarifa de 20% de descuento en su cobro de gas en su domicilio principal. Usted debe de recertificar su elegibilidad para continuar recibiendo éste descuento. Para recertificar, por favor complete la aplicación incluida y regrésela en el sobre incluido. Su descuento continuará si su completada, firmada, aplicación es aprobada por The Gas Company dentro de 30 días.

VERIFICACIÓN: En una fecha posterior, pueda ser que se le pida que compruebe los ingresos de su hogar. Si se le pide, usted debe de proveer documentos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (Todos deben ser cumplidos):

- La cuenta de gas está a su nombre.
- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no es su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de aplicar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada dos años.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a The Gas Company dentro de 30 días de cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Por cada persona adicional agregue \$5,600					

¿Que Cuenta como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetario relacionado con el empleo.

Usted también podría calificar para Asistencia de Energía del Hogar para consumidores de bajos ingresos (LIHEAP): 1-866-675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

Fecha:


Número de Cuenta:

Marque éste cuadro, si usted no califica para el Programa CARE.

Recertificación para el programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____


 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos anuales de su hogar:**

a. \$0 a \$23,400	d. \$33,101 a \$38,700
b. \$23,401 a \$27,500	e. \$38,701 a \$44,300
c. \$27,501 a \$33,100	f. Más de \$44,300, indique los ingresos totales: \$ _____

 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos:**

Sueldos o salarios	Ingresos por incapacidad
Intereses o Dividendos de:	Compensación al trabajador
Ahorros,	TANF (AFDC)
Bonos o Acciones	Seguro Social, SSI, SSP
Cuentas de retiro	Estampillas de comida
Beneficios de desempleo	Apoyo económico para niños
Ingresos de renta o realeza	Apoyo económico del cónyuge
Pensión y Retiro	Pólizas de seguros
Becas, Apoyos económicos escolares, u otra ayuda para gastos de vivienda	Acuerdos legales
Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29)	Donativos en efectivo
	Otros ingresos

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____ ¿Llenó número **1** al **4**?

日期：

帳號：

如何重新證明 符合參加加州能源低費率 (CARE) 計劃的資格：

的主要居住處目前享有 20% 的瓦斯(煤氣)費折扣。 必須再證明 符合繼續享有瓦斯(煤氣)費折扣的資格，請 妥申請表格，並寄回瓦斯公司(The Gas Company®)，以完成再證明手續。三十天內，若 The Gas Company 核准經 寫簽名的申請表， 即可繼續享有折扣。

驗證：本公司稍後可能要求 提出合格參加本計劃的證明。如經要求， 必須提供所有居住人的經濟來源證明文件，若 不回覆或經 核後認定 不合格， 可能會收到更正的帳單。

申請條件 (須完全符合)：

- 瓦斯帳單上必須是 的名字。
- 不能是其他人報稅單上的被撫養人 (除了 的配偶外)。
- 的家庭年總收入(年收入包含所有居住府上者的收入和補助)-在抵稅前-不能超過下面表格所列的金額。
- 每搬一次家,就必須重新申請一次。
- 每隔兩年, 須重新申請此計劃。
- 如被要求, 須提出證明文件。
- 如 的資格有更改, 必須在 30 天內通知瓦斯公司。

居住人數:	1	2	3	4	5	6
全家人所有來源的年總收入不能超過	\$23,400	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
每增加一人加 \$5,600						

什 是應計算在內的家庭總收入？

家庭總收入是指所有住在府上的人的所有經濟來源，包括但不限於：工資、薪水、利息、紅利、配偶和子女贍養費、政府補助金、社會安全金和退休金、租金收入、自 收入和所有與工作有關的非現金收入。

也許有資格申請下列補助計劃：

LIHEAP - 低收入家庭能源補助計劃。提供付費協助、緊急付費協助和節約能源服務。請致電加州社區服務部 1-866-675-6623。

DAP - The Gas Company 的直接協助計劃免費提供節約能源服務，請致電 1-800-331-7593。

如欲索取進一步資料，或需協助 表，請致電瓦斯公司：

英語： 1-800-427-2200

國語： 1-800-427-1429

西語： 1-800-342-4545

韓語： 1-800-427-0471

話： 1-800-427-1420

越語： 1-800-427-0478


Southern California Gas Company Form 6674-A (05/04)

日期:

帳號:

若 已不再符合加州能源低費率(CARE)計劃資格, 請勾選本欄。


加州能源低費率(CARE)計劃復審申請表 (Recertification)

 ❶ 請標示 府上的居住人口總數:


一 (1) 二 (2) 三 (3) 四 (4) 五 (5)

六 (6) 超過六人 (6+), 總人數: _____


 成人: _____ 小孩: _____

 ❷ 請標示府上所有人的年收入及經濟來源總額:


- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| a. \$0 至 \$23,400 | d. \$33,101 至 \$38,700 |
| b. \$23,401 至 \$27,500 | e. \$38,701 至 \$44,300 |
| c. \$27,501 至 \$33,100 | f. 超過 \$44,300, 總收入\$ _____ |


 ❸ 請從下列項目中註明 的經濟來源:

- | | | |
|---|-----------------|------------|
| 薪資和 <input type="checkbox"/> 金 | 殘障福利金 | TANF |
| 利息或以下紅利收入: | 勞工賠償 | (以前的 AFDC) |
| 儲蓄帳戶 | 社會安全福利金/SSI/SSP | 食物券 |
| 股票或債券 | 退休金 | 小孩贍養費 |
| 退休帳戶 | 保險賠償 | 現金餽贈和/或 |
| 失業福利金 | 法律賠償 | 其他收入 |
| 租金或權利金收入 | | 配偶贍養費 |
| 助學金, <input type="checkbox"/> 學金或其他生活補助金 | | |
| 自由業收入(IRS Form 1040, Schedule C, line 29) | | |

 ❹ 請問 是否其他報稅人稅單上的被撫養人(配偶不算)? 是 否

聲明和個人證明: 我願意證明上述申請資料正確屬實, 若需要我也同意提供經濟來源證明, 我同意若我不再符合條件時, 即通知 The Gas Company, 我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣, 我了解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和他們的業務代表以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: _____  日期: _____

 電話號碼: (_____) _____ 是否 寫了 ❶ 至 ❹ 項?

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 프로그램을 위한 재증명 방법: 귀하께서는 현재 주 거처에서 가스 요금의 20%를 할인 받고 계십니다. 이 할인을 계속 받으시려면 귀하의 자격을 재 증명해야 합니다. 재증명하시려면 동봉된 신청서를 작성하여 제공된 봉투에 넣어 보내주시기 바랍니다. 30일 이내에 귀하가 작성하고 서명한 신청서를 The Gas Company®에서 승인할 경우 할인이 계속 됩니다.

자격 확인: 나중에 귀하가 CARE의 자격을 갖추고 있는 지에 대한 확인을 요구 받을 지도 모릅니다. 그렇게 되면, 귀하는 귀하의 세대원 전체의 소득 증빙 자료를 제출하여야 합니다. 귀하가 확인 요구에 응하지 않거나 자격이 없는 것으로 판명되면 수정된 고지서를 받을 가능성이 있습니다.

자격 요건 (모두 해당되어야 함):

- 가스 요금 고지서가 귀하의 명의로 되어 있어야 합니다.
- 배우자를 제외한 세대원 중 누구도 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 없어야 합니다.
- 귀하의 연간 가구 소득 (모든 세대원이 얻는 소득 또는 지원금)의 세금 공제 전 총액이 아래에 나오는 소득 수준 미만이어야 합니다.
- 2년마다 CARE 신청서를 새로 작성하셔야 합니다.
- CARE 자격 사항에 대한 확인 요구를 받으면, 그에 응하셔야 합니다.
- 자격 변동 사항이 있으면 그로부터 30일 이내에 The Gas Company에 통지하여야 합니다.

세대원의 수:	1 혹은 2	3	4	5	6
연간 가구 소득 한도액:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
세대원이 6명 초과시는 1인당 \$5,600씩 추가					

수입으로 간주되는 것은? 가구 소득 총액은 세대원 전부가 각종 소득원으로부터 얻는 모든 수입으로서 다음을 모두 포함하지만 이것들에만 국한되지는 않습니다: 노임, 봉급, 이자, 배당금, 배우자 및 자녀 부양비, 공공 보조금, 사회 보장금 및 연금, 임대 소득, 자영 소득, 직업 관련 모든 비현금 소득 등.

이용 가능한 다른 프로그램과 서비스:

LIHEAP - 저소득 가정 에너지 보조 프로그램: 요금 지불 보조, 긴급 요금 보조 및 내후 처리 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 거주지역사회봉사부로 연락하십시오.

DAP - The Gas Company의 직접 보조 프로그램은 무료로 내후 처리 서비스를 제공합니다. 1-800-331-7593 번으로 연락하십시오.

영어: 1-800-427-2200

북경어: 1-800-427-1429

스페인어: 1-800-342-4545

한국어: 1-800-427-0471

광둥어: 1-800-427-1420

베트남어: 1-800-427-0478

날짜:

Recertification

고객관리번호:

CARE 수혜 자격이 더 이상 없을 경우 이 상자에 체크하십시오.

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 신청서

☞ ❶ 귀댁의 세대원 수 전체를 표시하십시오.

- 1명 2명 3명 4명 5명
- 6명 6명 초과시 세대원 수: _____
- ♣♣ 성인: _____ 어린이: _____

☞ ❷ 귀댁의 전체 세대원이 모든 소득원으로부터 얻는 연간 가구 소득 총액을 표시하십시오.

- a. \$0 ~ \$23,400 d. \$33,101 ~ \$38,700
- b. \$23,401 ~ \$27,500 e. \$38,701 ~ \$44,300
- c. \$27,501 ~ \$33,100 f. \$44,300 초과시, 소득 총액 \$ _____

☞ ❸ 귀댁의 모든 소득원을 표시하십시오.

- 노임 또는 봉급 장애자 지원 TANF (AFDC)
- 이자 또는 배당금 (아래 출처) 산재 보상금 식품 구매권
- 예금 계좌 사회보장금, SSI, SSP 자녀 부양비
- 주식 또는 채권 연금 현금이나 기타 소득
- 은퇴 계좌 보험 합의금 배우자 부양비
- 실업 수당 법적 합의금
- 임대 또는 로열티 소득
- 장학금, 보조금, 또는 기타 생활비 지원금
- 자영업 수익 (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29번째 줄)

☞ ❹ 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 있는 사람이 있습니까? (배우자 제외) 예 아니오

신상 증명에 대한 서약: 본인은 이 신청서에 기재한 모든 내용이 진실이며 사실과 다르지 않음을 서약합니다. 본인은 요청이 있을 경우 소득 증빙자료를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 할인 받을 자격을 더 이상 갖지 않게 되면, The Gas Company에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 자격이 없는 상태에서 받은 할인 혜택이 있을 경우, 추후에 그 할인 금액의 반환을 요구 받을 수 있음을 인정합니다. The Gas Company에서 다른 공공 사업체나 대행업체에게 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시키기 위해 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다.

서명: _____ 날짜: _____

☎ 전화번호: (____) _____ ❶ 번에서 ❹ 번까지 모두 작성하셨습니다까?

Ngày:

Số trương mục:

Làm Thế Nào Để Tái Xác Nhận Tình Trạng Hợp Lệ Để Tiếp Tục Hưởng Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE):

Quý vị hiện đang được giảm 20% trên hóa đơn Gas tại nơi cư ngụ chính của quý vị. Quý vị phải tái xác nhận tình trạng hợp lệ của mình để tiếp tục nhận giá giảm này. Để tái xác nhận, xin điền vào mẫu đơn và gửi lại cho The Gas Company® trong phong bì kèm theo đây. Giá giảm sẽ tiếp tục được áp dụng nếu đơn xin đã được điền đầy đủ với chữ ký của quý vị được The Gas Company chấp thuận trong vòng 30 ngày.

Chứng Thực: Về sau này, quý vị có thể được yêu cầu chứng thực tình trạng hợp lệ của quý vị để hưởng chương trình CARE. Nếu được yêu cầu, quý vị phải cung cấp các chứng từ lợi tức của tất cả mọi người sống trong nhà quý vị. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ, hoặc chúng tôi xét thấy quý vị không hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị hóa đơn điều chỉnh lại số tiền đã giảm.

Các Điều Kiện Đòi Hỏi (Phải hội đủ tất cả các điều kiện sau):

- Hóa đơn gas do quý vị đứng tên.
- Không ai được khai quý vị là người phụ thuộc trong mẫu khai thuế lợi tức của người ấy (trừ người hôn phối của quý vị).
- Lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị (tức tổng số lợi tức hoặc trợ cấp mà tất cả những người sống trong nhà quý vị nhận được) - trước mọi khấu trừ - không quá mức quy định liệt kê ở phần dưới.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia hạn chương trình CARE mỗi hai năm một lần.
- Quý vị chứng thực tình trạng hợp lệ của mình nếu được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày về những thay đổi có ảnh hưởng đến tình trạng hợp lệ của quý vị.

Số người trong nhà:	1	2	3	4	5	6
Tổng số lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị không vượt quá:	\$23,400	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Mỗi người phụ trợ trong nhà, cộng thêm \$5,600						

Những Gì Được Coi Là Lợi Tức?

Tổng số lợi tức của cả nhà là tổng cộng các thu nhập của tất cả mọi người trong nhà quý vị, bất cứ từ những nguồn thu nhập nào, bao gồm, nhưng không hạn chế, những thứ như: tiền lương, bổng lộc, tiền lãi, tiền lời cổ phần, tiền cấp dưỡng nuôi con hay người hôn phối, tiền trợ cấp xã hội, tiền hưu trí và An Sinh Xã Hội, tiền cho thuê nhà, lợi tức từ việc làm tự do, và tất cả các lợi tức không dưới hình thức hiện kim, liên quan đến việc làm.

Các chương trình và dịch vụ mà quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng:

LIHEAP – Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp: Giúp trả cho các hóa đơn, giúp trả cho những hóa đơn trong trường hợp khẩn cấp và các dịch vụ chống sự tàn phá của thời tiết. Gọi cho Ban Dịch Vụ Cộng Đồng California tại số 1-866-675-6623.

DAP - Chương Trình Trợ Giúp Trực Tiếp của The Gas Company cung cấp các dịch vụ miễn phí chống sự tàn phá của thời tiết. Gọi số 1-800-331-7593.

Muốn giao dịch bằng những ngôn ngữ khác, xin gọi THE GAS COMPANY tại các số điện thoại dưới đây:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Tiếng Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Đại Hàn: 1-800-427-0471

Tiếng Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt Nam: 1-800-427-0478

Ngày:

Số Trương Mục:

Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị không hội đủ điều kiện tham gia chương trình CARE nữa.

Đơn Tái Xác Nhận Tình Trạng Hợp Lệ Cho Chương Trình Giảm Giá Năng Lương Của California (CARE)



➊ Đánh dấu vào ô thích hợp với số người trong nhà của quý vị:

- Một (1) Hai (2) Ba (3) Bốn (4) Năm (5)
 Sáu (6) Nhiều hơn sáu người (6+), số người: _____



Người lớn: _____ Trẻ em: _____ Tổng cộng: _____



➋ Đánh dấu vào ô thích hợp với tổng số lợi tức hàng năm của tất cả những người sống trong nhà của quý vị, từ mọi nguồn thu nhập:

- a. \$0 tới \$23,400 d. \$33,101 tới \$38,700
b. \$23,401 tới \$27,500 e. \$38,701 tới \$44,300
c. \$27,501 tới \$33,100 f. Nhiều hơn \$44,300, Tổng số lợi tức: \$ _____



➌ Đánh dấu vào ô thích hợp với tất cả các nguồn lợi tức của mọi người trong nhà quý vị:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lương hay bổng lộc | <input type="checkbox"/> Tiền tàn tật | <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp xã hội (TANF, AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Tiền lãi hay tiền lời cổ phần từ | <input type="checkbox"/> Tiền tai nạn lao động | <input type="checkbox"/> Phiếu thực phẩm |
| <input type="checkbox"/> Trương mục tiết kiệm | <input type="checkbox"/> Tiền An Sinh Xã Hội, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng con cái |
| <input type="checkbox"/> Chứng khoán hoặc trái phiếu | <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền mặt và/hoặc Các lợi tức khác |
| <input type="checkbox"/> Trương mục hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền bảo hiểm trả | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng do người hôn phối |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền do vụ kiện trả | |
| <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà hay tiền bản quyền | | |
| <input type="checkbox"/> Học bổng, phụ cấp, hay các trợ cấp khác dùng cho đời sống | | |
| <input type="checkbox"/> Lợi tức từ việc làm tự do (Mẫu thuế 1040, Bảng Kế C, dòng 29) | | |



➍ Có người nào (trừ người hôn phối của quý vị) khai quý vị là người phụ thuộc trên mẫu khai thuế của họ không? Có Không

Lời khai và tự xác nhận: Tôi xác nhận rằng những điều tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp tất cả các tài liệu về thu nhập nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho The Gas Company khi tôi không còn hợp lệ để được hưởng sự giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận bất cứ sự giảm giá nào mà không hội đủ điều kiện, tôi có thể sẽ bị yêu cầu trả lại số tiền đã nhận. Tôi cũng hiểu rằng The Gas Company có thể sẽ chia sẻ những tin tức của tôi với các cơ quan cung cấp tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để được ghi danh vào những chương trình hỗ trợ của họ.

Chữ ký: _____ Ngày: _____



Số điện thoại: (____) _____ Quý vị đã điền đầy đủ từ câu ➊ đến hết câu ➍ chưa?

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Mailer CARE Application
Form No. 6491-2A (05/04)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

1H9

ISSUED BY

Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

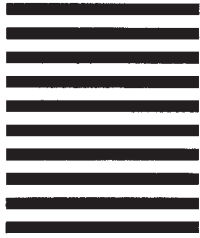
(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524



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 GT12F1
THE GAS COMPANY
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-9316**



The California Alternate Rates For Energy (CARE) Program
El Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

You may be eligible for a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may also qualify for a 60% discount on your Service Establishment Charge if you are qualified within 90 days of starting new gas service. To apply, please complete the application form and return it to The Gas Company®. You will receive your discount(s) once your completed, signed application is approved by The Gas Company.

Usted podría ser elegible para recibir un 20% de descuento en su cuenta de gas de su residencia principal. También podría calificar para un descuento de 60% en el Cargo por Establecimiento de Servicio, si usted es aprobado antes de 90 días desde el comienzo de su nuevo servicio de gas. Para solicitar, por favor complete y firme la solicitud, y envíela a The Gas Company. Recibirá su(s) descuento(s) una vez que su solicitud sea aprobada por The Gas Company.



Eligibility Requirements (All must be met)

Requisitos para ser Elegible (Tendrá que cumplir todos los requisitos)

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) – before deductions – is no more than the income level shown below.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.
- La cuenta de gas está a su nombre.
- Nadie más, aparte de su cónyuge, lo anota en la declaración de impuestos.
- El ingreso anual total de su hogar (el ingreso o ayuda recibido por todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no sobrepasa el nivel de ingresos mostrados abajo.
- Tiene que renovar su solicitud para CARE cada 2 años.
- Tiene que verificar su situación económica para ser elegible para CARE, si se le pide.
- Tiene que notificar a The Gas Company dentro de 30 días si hay algún cambio en su situación para ser elegible.

Number of Persons in Household:			Número de personas en su hogar:		
1 or 2	3	4	5	6	
Total Yearly Household Income No More Than:			Ingreso anual total de su hogar no más de:		
\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300	
For each additional person in your household add \$5,600			Agregue \$5,600 por cada persona adicional		

What counts as income?

¿Qué cuenta como ingresos?

Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

El ingreso anual total incluye todos los ingresos, de todos los miembros de su hogar, de cualquier fuente de ingresos, incluyendo, pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, pagos de apoyo para su cónyuge y/o niños, pagos de asistencia pública, pensiones y pagos del seguro social, ingresos del alquiler, ingresos de autoempleo, y todos los ingresos que son relacionados al empleo que no sean pagados en efectivo.

VERIFICATION: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income or aid for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

VERIFICACION: Para el programa CARE, puede ser que se le pida que compruebe el ingreso de su hogar. Si se le pide, usted debe proveer prueba del ingreso o ayuda de todas las personas que viven en su hogar. Si no responde o si no es considerado elegible, podría recibir cuentas corregidas.

For information on CARE in other languages, call The Gas Company at:

English: 1-800-427-2200 Mandarin: 1-800-427-1429 Cantonese: 1-800-427-1420 Korean: 1-800-427-0471 Vietnamese: 1-800-427-0478

Para más información en español sobre CARE, llame a The Gas Company al 1-800-342-4545.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Application

Solicitud para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

Date/Fecha _____ Account Number/Número de cuenta

1 Check the total number of persons in your household/Marque el número total de personas que viven en su hogar:

- One/Uno (1) Two/Dos (2) Three/Tres (3) Four/Cuatro (4) Five/Cinco (5) Six/Seis (6)
 More than Six/Más de Seis (6+), Number/Número: _____
Adults/Adultos _____ Children/Hijos _____ Total Number/Número Total _____

2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:

Marque el ingreso anual total de su hogar de todas las personas viviendo en su hogar, y de todas fuentes de ingresos:

- a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
 b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
 c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300/Más de \$44,300
Total Income/Ingreso total: \$ _____

3 Check all sources of income for your household:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wages or Salaries | <input type="checkbox"/> Disability Payments | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Interest or Dividends from: | <input type="checkbox"/> Workers Compensation | <input type="checkbox"/> Food Stamps |
| <input type="checkbox"/> Savings Accounts | <input type="checkbox"/> Social Security, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Child Support |
| <input type="checkbox"/> Stocks or Bonds | <input type="checkbox"/> Pensions | <input type="checkbox"/> Cash and/or Other Income |
| <input type="checkbox"/> Retirement Accounts | <input type="checkbox"/> Insurance Settlements | <input type="checkbox"/> Spousal Support |
| <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits | <input type="checkbox"/> Legal Settlements | |
| <input type="checkbox"/> Rental or Royalty Income | | |
| <input type="checkbox"/> Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses | | |
| <input type="checkbox"/> Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29) | | |

Marque todas las fuentes de ingresos de su hogar:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos | <input type="checkbox"/> Pagos de discapacidad | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Interés o Dividendos de: | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador | <input type="checkbox"/> Estampillas de comida |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Ahorros | <input type="checkbox"/> Seguro Social, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Apoyo para los niños |
| <input type="checkbox"/> Acciones o Bonos | <input type="checkbox"/> Pensiones | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Jubilación | <input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro | <input type="checkbox"/> Apoyo de cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Indemnizaciones legales | |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler o regalías | | |
| <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones, u otra ayuda usada para sufragar el costo de vida | | |
| <input type="checkbox"/> Ganancias de autoempleo (Forma 1040, tabla C, línea 29 del IRS) | | |

4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?

¿Alguien (que no sea su cónyuge) lo declara como dependiente en la declaración de impuestos?

- Yes/Sí No/No

Did you complete 1 through 4? ¿Completó preguntas del número 1 al 4?

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Declaración y Afirmación de Autocertificación: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Phone/Teléfono: (____) _____

Print Name/Nombre en letra de molde _____

Address/Dirección _____ City/Ciudad _____

**DO NOT MAIL YOUR GAS PAYMENT WITH THIS APPLICATION AS IT WILL SIGNIFICANTLY DELAY PAYMENT PROCESSING.
NO ENVIE SU PAGO DE GAS CON ESTA SOLICITUD PORQUE EL PROCESO DE SU PAGO SE RETRASARA.**

Other Programs And Services You May Qualify For Otros programas y servicios para los que puede calificar

LIHEAP-Low Income Home Energy Assistance Program/Programa de Ayuda para la Energía del Hogar para Personas de Bajos Recursos

Provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the California Department of Community Services at 1-866-675-6623. *Provee asistencia para pagar su cuenta, asistencia urgente de su cuenta y servicios de impermeabilización, llame a LIHEAP al Departamento de Servicios para la Comunidad de California al 1-866-675-6623.*

DAP-The Gas Company's Direct Assistance Program/Programa de Asistencia Directa de The Gas Company

Provides weatherization services. Call 1-800-331-7593. *Provee servicios de impermeabilización. Llame al 1-800-331-7593.*

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Post-Enrollment Verification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6675-A (05/04)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Date:

Account Number:

How to Verify Your Eligibility for the California Alternate Rates for Energy (CARE) program:

You currently receive a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may have also received a 60% discount on your Service Establishment Charge. To verify your eligibility for the CARE program, please complete the application form included and return it with proof of income for each member of your household receiving income or aid. Your discount(s) will continue if your completed, signed application is approved by The Gas Company within 90 days. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS (All Must Be Met):

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
For each additional person in your household add \$5,600					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

REQUIRED ATTACHMENTS (Submit One or More of the Following Income Documents for All Persons in Your Household Receiving Income or Aid):

- Copy of the most recent month's payroll or check stubs.
- Copy of last year's Federal Income Tax Forms plus schedules (e.g., Schedule C or E).
- Copy of all of last year's Income Documents (e.g., W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT).
- Copy of current Statement of Benefits (e.g., TANF, SSI, SSP, etc.).
- Copy of other evidence of income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200

Mandarin: 1-800-427-1429

Spanish: 1-800-342-4545

Korean: 1-800-427-0471

Cantonese: 1-800-427-1420

Vietnamese: 1-800-427-0478

Date:

Account Number:

Check this box if you no longer qualify for CARE.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Verification

 **1 Check the total number of persons in your household:**

One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
Six (6) More than Six (6+), Number: _____


 **Adults:** _____ **Children:** _____

 **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**


a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300:
Total Income\$ _____


 **3 Check all sources of income for your household and PROVIDE DOCUMENTS showing proof of income:**

Wages or Salaries	Disability Payments	TANF (AFDC)
Interest or Dividends from:	Workers Compensation	Food Stamps
Savings Accounts,	Social Security, SSI, SSP	Child Support
Stocks or Bonds, or	Pensions	Cash and/or
Retirement Accounts	Insurance Settlements	Other Income
Unemployment Benefits	Legal Settlements	Spousal
Rental or Royalty Income		Support
Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses		
Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)		

 **4 Can anyone else claim you on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete **1** through **4**?

Fecha:

Número de Cuenta:

Cómo Verificar para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en

California (CARE): Usted está recibiendo la tarifa de 20% de descuento en su cobro de gas en su domicilio principal. Tal vez también haya recibido un 60% de descuento en el cobro del Servicio de Establecimiento. Para verificar su elegibilidad para el programa CARE, por favor complete la aplicación incluida y regrésela junto con comprobantes de ingresos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos o ayuda. Su descuento(s) continuará(n) si su completada, firmada, aplicación es aprobada por The Gas Company dentro de 90 días. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (Todos deben ser cumplidos):

- La cuenta de gas está a su nombre.
- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no es su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de aplicar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada dos años.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a The Gas Company dentro de 30 días de cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Por cada persona adicional agregue \$5,600					

¿Que Cuenta como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetario relacionado con el empleo.

DOCUMENTOS REQUERIDOS (Favor de enviar uno o más de los siguientes documentos comprobando los ingresos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos o ayuda):

- Copia de talones de cheques del más reciente mes.
- Copia de impuestos federales del último año con apéndices (como: Schedule C o E).
- Copia de documentos de todas las formas de impuestos del año pasado (como: W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT).
- Copia de comprobantes recientes de beneficios (como: TANF, SSI, SSP, etc.).
- Copia de cualquier otra forma de ingresos.

Usted también podría calificar para Asistencia de Energía del Hogar para consumidores de bajos ingresos (LIHEAP): 1-86675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

Southern California Gas Company Form 6675-A (05/04)

English: 1-800-427-2200

Fecha:


Número de Cuenta:

Marque éste cuadro, si usted no califica para el Programa CARE.

Verificación para el programa de Tarifas
Alternativas para Energía en California (CARE)

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____


 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos anuales de su hogar:**

a. \$0 a \$23,400	d. \$33,101 a \$38,700
b. \$23,401 a \$27,500	e. \$38,701 a \$44,300
c. \$27,501 a \$33,100	f. Más de \$44,300, indique los ingresos
	totales: \$ _____

 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos y MANDE COMPROBANTES:**

Sueldos o salarios	Ingresos por incapacidad
Intereses o Dividendos de:	Compensación al trabaj ador
Ahorros,	TANF (AFDC)
Bonos o Acciones	Seguro Social, SSI, SSP
Cuentas de retiro	Estampillas de comida
Beneficios de desempleo	Apoyo económico para niños
Ingresos de renta o realeza	Apoyo económico del cónyuge
Pensión y Retiro	Pólizas de seguros
Becas, Apoyos económicos	Acuerdos legales
escolares, u otra ayuda para	Donativos en efectivo
gastos de vivienda	Otros ingresos
Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29)	

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____ ¿Llenó número **1** al **4**?

日期：

帳號：

如何確認 我 參加加州能源低費率(CARE)計劃的資格？：

我 的主要居住處目前享有 20% 的瓦斯(煤氣)費折扣。 我 或許也享受 60% 的開戶手續費折扣。 我 確認 我 繼續合格參加 CARE 計劃的資格，請 我 妥申請表格，連同家中所有成員的收入和經費補助證明，寄回瓦斯公司(The Gas Company®)。在九十天內，若 The Gas Company 核准經 我 寫簽名的申請表， 我 即可繼續享有折扣。若 我 未回覆或經 我 不符合參加資格， 我 可能會收到更正的帳單。

申請條件（須完全符合）：

- 瓦斯帳單上必須是 我 的名字。
- 我 不能是其他人報稅單上的被撫養人（除了 我 的配偶外）。
- 我 的家庭年總收入(年收入包含所有居住府上者的收入和補助)-在抵稅前-不能超過下面表格所列的金額。
- 每隔兩年，須重新申請此計劃。
- 如被要求，須提出證明文件。
- 如 我 的資格有更改， 我 必須在 30 天內通知瓦斯公司。

居住人數:	1	2	3	4	5	6
全家人所有來源的年總收入不能超過	\$23,400	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
每增加一人加	\$5,600					

什 我 是應計算在內的家庭總收入？

家庭總收入是指所有住在府上的人的所有經濟來源，包括但不限於：工資、薪水、利息、紅利、配偶和子女贍養費、政府補助金、社會安全金和退休金、租金收入、自 我 收入和所有與工作有關的非現金收入。

要求附件（呈交下列一項或多項有關所有家庭成員的收入或經濟補助證明）：

- 最近一個月的薪資支票存根
- 去年聯邦所得稅申報表格以及附表（如表格 C 或 E）
- 去年所有收入證明（如 W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT）
- 目前接受福利的證明文件（如 TANF、SSI、SSP 等）
- 其他收入證明文件

我 也許有資格申請下列補助計劃：

LIHEAP - 低收入家庭能源補助計劃。提供付費協助、緊急付費協助和節約能源服務。請致電加州社區服務部 1-866-675-6623。

DAP - The Gas Company 的直接協助計劃免費提供節約能源服務，請致電 1-800-331-7593。

如欲索取進一步資料，或需協助 我 表，請致電瓦斯公司：

英語：1-800-427-2200

國語：1-800-427-1429

西語：1-800-342-4545

韓語：1-800-427-0471

我 話：1-800-427-1420

越語：1-800-427-0478

Southern California Gas Company Form 6675-A (05/04)

日期:

帳號:

若 Γ 已不再符合加州能源低費率 (CARE) 計劃資格, 請勾選本欄。

加州能源低費率 (CARE) 計劃資格確認表 (Verification)

+ ① 請標示 Γ 府上的居住人口總數:

一 (1) 二 (2) 三 (3) 四 (4) 五 (5)
六 (6) 超過六人 (6+), 總人數: _____

 成人: _____ 小孩: _____

+ ② 請標示府上所有人的年收入及經濟來源總額:

a. \$0 至 \$23,400 d. \$33,101 至 \$38,700
b. \$23,401 至 \$27,500 e. \$38,701 至 \$44,300
c. \$27,501 至 \$33,100 f. 超過 \$44,300, 總收入 \$ _____


+ ③ 請從下列項目中註明 Γ 的經濟來源, 並提供證明文件:

薪資和 Γ 金	殘障福利金	TANF
利息或以下紅利收入:	勞工賠償	(以前的 AFDC)
儲蓄帳戶	社會安全福利金/SSI/SSP	食物券
股票或債券	退休金	小孩贍養費
退休帳戶	保險賠償	現金餽贈和/或
失業福利金	法律賠償	其他收入
租金或權利金收入		配偶贍養費
助學金, Γ 學金或其他生活補助金		
自由業收入 (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)		

+ ④ 請問 Γ 是否其他報稅人稅單上的被撫養人(配偶不算)? 是 否

聲明和個人證明: 我願意證明上述申請資料正確屬實, 若需要我也同意提供經濟來源證明, 我同意若我不再符合條件時, 即通知 The Gas Company, 我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣, 我了解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和他們的業務代表以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: _____ - 日期: _____

 電話號碼: (____) _____ Γ 是否 Γ 寫了 ① 至 ④ 項?

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 프로그램 수혜 자격 증명 방법: 귀하께서는 현재 주 거처에서 가스 요금의 20%를 할인 받고 계십니다. 가스 가설료의 60%를 할인 받으셨을 수도 있습니다. CARE 프로그램 수혜 자격을 증명하기 위해, 동봉한 신청서를 작성하셔서 소득이나 보조금을 받는 각 식구의 소득 입증자료와 함께 제출하십시오. 90일 이내에 귀하가 작성하고 서명한 신청서를 The Gas Company®에서 승인할 경우 할인이 계속 됩니다. 회답을 하지 않으시거나 자격이 없는 것을 판단되면, 수정된 청구서를 받으실 수 있습니다.

자격 요건 (모두 해당되어야 함):

- 가스 요금 고지서가 귀하의 명의로 되어 있어야 합니다.
- 배우자를 제외한 세대원 중 누구도 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 없어야 합니다.
- 귀하의 연간 가구 소득 (모든 세대원이 얻는 소득 또는 지원금)의 세금 공제 전 총액이 아래에 나오는 소득 수준 미만이어야 합니다.
- 2년마다 CARE 신청서를 새로 작성하셔야 합니다.
- CARE 자격 사항에 대한 확인 요구를 받으면, 그에 응하셔야 합니다.
- 자격 변동 사항이 있으면 그로부터 30일 이내에 The Gas Company에 통지하여야 합니다.

세대원의 수:	1 혹은 2	3	4	5	6
연간 가구 소득 한도액:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
세대원이 6명 초과시는 1인당 \$5,600씩 추가					

수입으로 간주되는 것은? 가구 소득 총액은 세대원 전부가 각종 소득원으로부터 얻는 모든 수입으로서 다음을 모두 포함하지만 이것들에만 국한되지는 않습니다: 노임, 봉급, 이자, 배당금, 배우자 및 자녀 부양비, 공공 보조금, 사회 보장금 및 연금, 임대 소득, 자영 소득, 직업 관련 모든 비현금 소득 등.

필수 첨부자료 (소득이나 보조금을 받는 귀 가구 내의 모든 사람들에 대해 다음 소득 서류를 하나 이상 제출하십시오):

- 최근의 월급 또는 급여 수표 전표 사본.
- 작년도 연방소득세신고서 및 스케줄 (예: 스케줄 C 또는 E)의 사본.
- 모든 작년도 소득 서류(예: W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT) 사본.
- 현재 혜택(예: TANF, SSI, SSP, 등) 내역서 사본
- 기타 소득 입증자료 사본.

이용 가능한 다른 프로그램과 서비스:

LIHEAP - 저소득 가정 에너지 보조 프로그램: 요금 지불 보조, 긴급 요금 보조 및 내후 처리 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 거주지역사회봉사부으로 연락하십시오.

DAP - The Gas Company의 직접 보조 프로그램은 무료로 내후 처리 서비스를 제공합니다. 1-800-331-7593번으로 연락하십시오.

영어: 1-800-427-2200

북경어: 1-800-427-1429

스페인어: 1-800-342-4545

한국어: 1-800-427-0471

광둥어: 1-800-427-1420

베트남어: 1-800-427-0478

날짜:

Verification

고객관리번호:

CARE 수혜 자격이 더 이상 없을 경우 이 상자에 체크하십시오.

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 증명

☞ ❶ 귀댁의 세대원 수 전체를 표시하십시오.

- 1명 2명 3명 4명 5명
- 6명 6명 초과시 세대원 수: _____
- ♣♣♣ 성인: _____ 어린이: _____

☞ ❷ 귀댁의 전체 세대원이 모든 소득원으로부터 얻는 연간 가구 소득 총액을 표시하십시오.

- a. \$0 ~ \$23,400 d. \$33,101 ~ \$38,700
- b. \$23,401 ~ \$27,500 e. \$38,701 ~ \$44,300
- c. \$27,501 ~ \$33,100 f. \$44,300 초과시, 소득 총액 \$_____

☞ ❸ 귀댁의 모든 소득원을 표시하고 소득의 증거를 보여주는 서류를 제출하십시오.

- 노임 또는 봉급 장애자 지원 TANF (AFDC)
- 이자 또는 배당금 (아래 출처) 산재 보상금 식품 구매권
- 예금 계좌 사회보장금, SSI, SSP 자녀 부양비
- 주식 또는 채권 연금 현금이나 기타 소득
- 은퇴 계좌 보험 합의금 배우자 부양비
- 실업 수당 법적 합의금
- 임대 또는 로열티 소득
- 장학금, 보조금, 또는 기타 생활비 지원금
- 자영업 수익 (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29번째 줄)

☞ ❹ 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 있는 사람이 있습니까? (배우자 제외) 예 아니오

신상 증명에 대한 서약: 본인은 이 신청서에 기재한 모든 내용이 진실이며 사실과 다르지 않음을 서약합니다. 본인은 요청이 있을 경우 소득 증빙자료를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 할인 받을 자격을 더 이상 갖지 않게 되면, The Gas Company에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 자격이 없는 상태에서 받은 할인 혜택이 있을 경우, 추후에 그 할인 금액의 반환을 요구 받을 수 있음을 인정합니다. The Gas Company에서 다른 공공 사업체나 대행업체에게 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시키기 위해 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다.

서명: _____ ✍ 날짜: _____

☎ 전화번호: () _____ ❶ 번에서 ❹ 번까지 모두 작성하셨습니다?

Ngày:

Số tương mục:

Làm Thế Nào Để Kiểm Chứng Tình Trạng Hợp Lệ Để Hưởng Chương Trình Giảm Giá

Năng Lượng Của California (CARE): Quý vị hiện đang được giảm 20% trên hóa đơn Gas tại nơi cư ngụ chính của quý vị. Quý vị cũng có thể đã được giảm 60% trên Lệ Phí Thiết Lập Dịch Vụ. Để kiểm chứng tình trạng hợp lệ của quý vị, xin điền vào mẫu đơn và gửi lại cho The Gas Company® kèm theo chứng từ thu nhập của từng người trong gia đình đang có thu nhập hay trợ cấp. Giá giảm sẽ tiếp tục áp dụng nếu đơn xin đã được điền đầy đủ với chữ ký của quý vị được The Gas Company chấp thuận trong vòng 90 ngày. Nếu quý vị không trả lời hay không hội đủ điều kiện, quý vị có thể sẽ nhận hóa đơn được điều chỉnh lại.

Các Điều Kiện Đòi Hỏi (Phải hội đủ tất cả các điều kiện sau):

- Hóa đơn gas do quý vị đứng tên.
- Không ai được khai quý vị là người phụ thuộc trong mẫu khai thuế lợi tức của người ấy (trừ người hôn phối của quý vị).
- Lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị (tức tổng số lợi tức hoặc trợ cấp mà tất cả những người sống trong nhà quý vị nhận được) - trước mọi khấu trừ - không quá mức quy định liệt kê ở phần dưới.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia hạn chương trình CARE mỗi hai năm một lần.
- Quý vị chứng thực tình trạng hợp lệ của mình nếu được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày về những thay đổi có ảnh hưởng đến tình trạng hợp lệ của quý vị.

Số người trong nhà:	1	2	3	4	5	6
Tổng số lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị không vượt quá:	\$23,400	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Mỗi người phụ trợ trong nhà, cộng thêm \$5,600						

Những Gì Được Coi Là Lợi Tức?

Tổng số lợi tức của cả nhà là tổng cộng các thu nhập của tất cả mọi người trong nhà quý vị, bất cứ từ những nguồn thu nhập nào, bao gồm, nhưng không hạn chế, những thứ như: tiền lương, bổng lộc, tiền lãi, tiền lời cổ phần, tiền cấp dưỡng nuôi con hay người hôn phối, tiền trợ cấp xã hội, tiền hưu trí và An Sinh Xã Hội, tiền cho thuê nhà, lợi tức từ việc làm tự do, và tất cả các lợi tức không dưới hình thức hiện kim, liên quan đến việc làm.

Những tài liệu cần cung cấp (Nộp một hay những tài liệu thu nhập sau đây của mọi người trong nhà quý vị hiện đang có thu nhập hay trợ cấp):

- Bản sao chi phiếu lương hay cùi chi phiếu lương tháng gần nhất.
- Bản sao Mẫu Thuế Thu Nhập Liên Bang năm ngoài kèm theo bảng kê (schedules) -(như bảng kê C hay E).
- Bản sao mọi tài liệu thu nhập trong năm ngoài (như W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT).
- Bản sao Bản Phúc Lợi hiện tại (như TANF, SSI, SSP, v.v.v).
- Bản sao những chứng từ thu nhập khác.

Các chương trình và dịch vụ mà quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng:

LIHEAP – Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp: Giúp trả cho các hóa đơn, giúp trả cho những hóa đơn trong trường hợp khẩn cấp và các dịch vụ chống sự tàn phá của thời tiết. Gọi cho Ban Dịch Vụ Cộng Đồng California tại số 1-866-675-6623.

DAP - Chương Trình Trợ Giúp Trực Tiếp của The Gas Company cung cấp các dịch vụ miễn phí chống sự tàn phá của thời tiết. Gọi số 1-800-331-7593.

Muốn giao dịch bằng những ngôn ngữ khác, xin gọi THE GAS COMPANY tại các số điện thoại dưới đây:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200 Tiếng Quan Thoại: 1-800-427-1429 Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Đại Hàn: 1-800-427-0471 Tiếng Quảng Đông: 1-800-427-1420 Tiếng Việt Nam: 1-800-427-0478


Southern California Gas Company Form 6875-A (05/04)

Ngày:


Số Trương Mục:


Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị không hội đủ điều kiện tham gia chương trình CARE nữa.

Đơn Xin Kiểm Chứng Tình Trạng Hợp Lệ Để Hưởng Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)


 ❶ Đánh dấu vào ô thích hợp với số người trong nhà của quý vị:

- Một (1) Hai (2) Ba (3) Bốn (4) Năm (5)
 Sáu (6) Nhiều hơn sáu người (6+), số người: _____

 Người lớn: _____ Trẻ em: _____ Tổng cộng: _____


 ❷ Đánh dấu vào ô thích hợp với tổng số lợi tức hàng năm của tất cả những người sống trong nhà của quý vị, từ mọi nguồn thu nhập:

- a. \$0 tới \$23,400 d. \$33,101 tới \$38,700
b. \$23,401 tới \$27,500 e. \$38,701 tới \$44,300
c. \$27,501 tới \$33,100 f. Nhiều hơn \$44,300, Tổng số lợi tức: \$ _____

 ❸ Đánh dấu vào ô thích hợp với tất cả các nguồn lợi tức của mọi người trong nhà quý vị và

Cung Cấp Các Tài Liệu chứng minh lợi tức:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lương hay bổng lộc | <input type="checkbox"/> Tiền tàn tật | <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp xã hội (TANF, AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Tiền lãi hay tiền lời cổ phần từ | <input type="checkbox"/> Tiền tai nạn lao động | <input type="checkbox"/> Phiếu thực phẩm |
| <input type="checkbox"/> Trương mục tiết kiệm | <input type="checkbox"/> Tiền An Sinh Xã Hội, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng con cái |
| <input type="checkbox"/> Chứng khoán hoặc trái phiếu | <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền mặt và/hoặc |
| <input type="checkbox"/> Trương mục hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền bảo hiểm trả | <input type="checkbox"/> Tiền do các lợi tức khác |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền do vụ kiện trả | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng do người hôn phối |
| <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà hay tiền bản quyền | | |
| <input type="checkbox"/> Học bổng, phụ cấp, hay các trợ cấp khác dùng cho đời sống | | |
| <input type="checkbox"/> Lợi tức từ việc làm tự do (Mẫu thuế 1040, Bảng Kế C, dòng 29) | | |

 ❹ Có người nào (trừ người hôn phối của quý vị) khai quý vị là người phụ thuộc trên mẫu khai thuế của họ không? Có Không

Lời khai và tự xác nhận: Tôi xác nhận rằng những điều tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp tất cả các tài liệu về thu nhập nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho The Gas Company khi tôi không còn hợp lệ để được hưởng sự giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận bất cứ sự giảm giá nào mà không hội đủ điều kiện, tôi có thể sẽ bị yêu cầu trả lại số tiền đã nhận. Tôi cũng hiểu rằng The Gas Company có thể sẽ chia sẻ những tin tức của tôi với các cơ quan cung cấp tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để được ghi danh vào những chương trình hỗ trợ của họ.

Chữ ký: _____ -- Ngày: _____

 Số điện thoại: (____) _____ Quý vị đã điền đầy đủ từ câu ❶ đến hết câu ❹ chưa?

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Submetered Residential Form No. 6677 (05/04)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Date:

Class of Service:

Account Number:

Facility ID:

Mobile Home Park Name:

How to Apply for the California Alternate Rates for Energy (CARE) program: You may be eligible for a 20% discount on your gas bill at your primary residence. To apply, please complete the application form included and return it in the envelope provided. You will receive your discount once your completed, signed application is approved by The Gas Company. You as well as your landlord or manager will be notified if your application is approved or denied.

IMPORTANT INFORMATION: You, as well as the owner or manager, will be notified if your application is approved or denied.

VERIFICATION: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS (All Must Be Met):

- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE annually.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
For each additional person in your household add \$5,600					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200
Korean: 1-800-427-0471

Mandarin: 1-800-427-1429
Cantonese: 1-800-427-1420

Spanish: 1-800-342-4545
Vietnamese: 1-800-427-0478

Date:

Class of Service:

Account Number:

Facility ID:

Mobile Home Park Name:

California Alternate Rates for Energy (CARE) Application

 **1 Check the total number of persons in your household:**

One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
Six (6) More than Six (6+), Number: _____


 **Adults:** _____ **Children:** _____

 **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**


a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300:
Total Income\$ _____


 **3 Check all sources of income for your household:**

Wages or Salaries	Disability Payments	TANF (AFDC)
Interest or Dividends from:	Workers Compensation	Food Stamps
Savings Accounts,	Social Security, SSI, SSP	Child Support
Stocks or Bonds, or	Pensions	Cash and/or
Retirement Accounts	Insurance Settlements	Other Income
Unemployment Benefits	Legal Settlements	Spousal
Rental or Royalty Income		Support
Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses		
Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)		

 **4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete 1 through 4?

Fecha:

Clase:

Número de Cuenta:

No. de Facilidad:

Estacionamiento de Casas Móviles:

Cómo solicitar el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE): Usted puede ser elegible para un descuento de 20% en su cobro de gas en su domicilio principal. Para solicitar, por favor complete la forma incluida y regrésela en el sobre adjunto. Usted recibirá el descuento(s) una vez que su solicitud esta llenada y firmada y es aprobada por *The Gas Company*.

IMPORTANTE INFORMACIÓN: A usted, al igual que el dueño o el encargado, se le notificará si su solicitud es aprobada o negada.

VERIFICACIÓN: En una fecha posterior, se le puede pedir que compruebe los ingresos de su hogar. Si se le pide, usted debe proveer documentos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (Todos deben ser cumplidos):

- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no sea su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de solicitar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada año.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a *The Gas Company* dentro de 30 días, cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Por cada persona adicional agregue \$5,600					

¿Qué Cuenta Como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetarios relacionados con el empleo.

Usted también podría calificar para Asistencia De Energía Del Hogar Para Consumidores De Bajos Ingresos (LIHEAP): 1-866-675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

Fecha:

Clase:

Número de Cuenta:


No. de Facilidad:


Estacionamiento de Casas Móviles:

Solicitud para el programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

- Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
- Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____


 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos brutos anuales de su hogar:**

- a. \$0 a \$23,400 d. \$33,101 a \$38,700
- b. \$23,401 a \$27,500 e. \$38,701 a \$44,300
- c. \$27,501 a \$33,100 f. Más de \$44,300, indique los ingresos
totales: \$ _____

 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos:**

- Sueldos
- Intereses o Dividendos de:
 - Ahorros,
 - Bonos o Acciones
 - Cuentas de jubilación
- Beneficios de desempleo
- Ingresos de renta o realeza
- Pensión y Retiro
- Becas, Apoyos económicos escolares, u otra ayuda para gastos de vivienda
- Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29)
- Ingresos por incapacidad
- Compensación al trabajador
- TANF (AFDC)
- Seguro Social, SSI, SSP
- Estampillas de comida
- Apoyo económico para niños
- Apoyo económico del cónyuge
- Pólizas de seguros
- Acuerdos legales
- Donativos en efectivo
- Otros ingresos

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a *The Gas Company*. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que *The Gas Company* puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____ ¿Llenó del número **1** al **4**?

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Recertification CARE Application
Submetered Residential Form No. 6678 (05/04)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3378
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 20, 2004
EFFECTIVE Jun 1, 2004
RESOLUTION NO. E-3524

Date:

Class of Service:

Account Number:

Facility ID:

Mobile Home Park Name:

How to Recertify for the California Alternate Rates for Energy (CARE)

program: You currently receive a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You must recertify your eligibility to continue receiving this discount. To recertify, please complete the application form included and return it in the envelope provided. Your discount will continue if your completed, signed application is approved by The Gas Company within 30 days.

IMPORTANT INFORMATION: You, as well as the owner or manager, will be notified if your application is approved or denied.

VERIFICATION: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS (All Must Be Met):

- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE annually.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
For each additional person in your household add \$5,600					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200

Mandarin: 1-800-427-1429

Spanish: 1-800-342-4545

Korean: 1-800-427-0471

Cantonese: 1-800-427-1420

Vietnamese: 1-800-427-0478

Date:

Class of Service:

Account Number:

Facility ID:

Mobile Home Park Name:

Check this box if you no longer qualify for CARE.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Recertification

 **1 Check the total number of persons in your household:**

One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
Six (6) More than Six (6+), Number: _____


 **Adults:** _____ **Children:** _____

 **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**


a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300:
Total Income\$ _____

 **3 Check all sources of income for your household:**

Wages or Salaries Disability Payments TANF (AFDC)
Interest or Dividends from: Workers Compensation Food Stamps
Savings Accounts, Social Security, SSI, SSP Child Support
Stocks or Bonds, or Pensions Cash and/or
Retirement Accounts Insurance Settlements Other Income
Unemployment Benefits Legal Settlements Spousal
Rental or Royalty Income Support
Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

 **4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete **1** through **4**?

Fecha:

Clase:

Número de Cuenta:

No. de Facilidad:

Estacionamiento de Casas Móviles:

Cómo Recertificar para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE): Usted está recibiendo la tarifa de 20% de descuento en su cobro de gas en su domicilio principal. Usted debe de recertificar su elegibilidad para continuar recibiendo éste descuento. Para recertificar, por favor complete la forma incluida y regrésela en el sobre adjunto. Su descuento continuará si su solicitud completa y firmada es aprobada por *The Gas Company* dentro de 30 días.

IMPORTANTE INFORMACIÓN: A usted, al igual que el dueño o el encargado, se le notificará si su solicitud es aprobada o negada.

VERIFICACIÓN: En una fecha posterior, se le puede pedir que compruebe los ingresos de su hogar. Si se le pide, usted debe proveer documentos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (Todos deben ser cumplidos):

- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no sea su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de solicitar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada año.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a *The Gas Company* dentro de 30 días, cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,400	\$27,500	\$33,100	\$38,700	\$44,300
Por cada persona adicional agregue \$5,600					

¿**Qué Cuenta Como Ingresos?** Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetarios relacionados con el empleo.

Usted también podría calificar para Asistencia De Energía Del Hogar Para Consumidores De Bajos Ingresos (LIHEAP): 1-866-675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

Fecha:

Clase:

Número de Cuenta:

No. de Facilidad:


Estacionamiento de Casas Móviles:


Marque éste cuadro, si usted no califica para el Programa CARE.

Recertificación para el programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)


 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

- Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
- Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____

 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos anuales de su hogar:**

- a. \$0 a \$23,400 d. \$33,101 a \$38,700
- b. \$23,401 a \$27,500 e. \$38,701 a \$44,300
- c. \$27,501 a \$33,100 f. Más de \$44,300, indique los ingresos totales: \$ _____

 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos:**

- Sueldos
- Ingresos por incapacidad
- Intereses o Dividendos de: Compensación al trabajador
- Ahorros, TANF (AFDC)
- Bonos o Acciones Seguro Social, SSI, SSP
- Cuentas de jubilación Estampillas de comida
- Beneficios de desempleo Apoyo económico para niños
- Ingresos de renta o realeza Apoyo económico del cónyuge
- Pensión y Retiro Pólizas de seguros
- Becas, Apoyos económicos escolares, u otra ayuda para gastos de vivienda Acuerdos legales
- Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29) Donativos en efectivo
- Otros ingresos

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a *The Gas Company*. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que *The Gas Company* puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____ ¿Llenó del número **1** al **4**?

TABLE OF CONTENTS

(Continued)

<u>Schedule Number</u>	<u>Title of Sheet</u>	<u>Cal. P.U.C. Sheet No.</u>
GR	Residential Service	30818-G,37787-G,37816-G,37639-G,36638-G
GT-R	Core Aggregation Transportation for Residential Service	31173-G,37671-G,37641-G,36798-G
GS	Multi-Family Service Submetered	32567-G,37788-G,37817-G,36641-G 36642-G
GT-S	Core Aggregation Transportation for Multi-Family Submetered Service	32570-G,37674-G,37643-G,36799-G,31179-G
GM	Multi-Family Service	30832-G,37789-G,37818-G,37644-G 37645-G,36647-G,36648-G
GT-M	Core Aggregation Transportation for Multi-Family Service	31180-G,37677-G,37646-G,35657-G 36800-G,31184-G
GMB	Large Multi-Family Service	37248-G,37790-G,37819-G,37647-G 37648-G,36654-G,36655-G
GT-MB	Core Aggregation Transportation for Large Multi-Family Service	37252-G,37680-G,37649-G,35659-G 36801-G,36657-G
GRL	Residential Service, Income Qualified	33678-G,37791-G,37650-G,37833-G,31503-G
GT-RL	Core Aggregation Transportation Residential Service, Income Qualified	33681-G,37682-G,37652-G,37834-G,36803-G
GSL	Submetered Multi-Family Service, Income Qualified	33684-G,37792-G,37820-G,37653-G 37835-G,36662-G,36663-G
GT-SL	Core Aggregation Transportation Submetered Multi-Family Service, Income Qualified	33687-G,37685-G,37654-G,37836-G 36804-G,36805-G
GO-SSA	Summer Saver Optional Rate for Owners of Existing Gas Equipment	32044-G,37793-G,37655-G,37656-G,31253-G
GTO-SSA	Transportation-Only Summer Saver Optional Rate for Owners of Existing Gas Equipment	31579-G,37687-G,37657-G,36806-G,31258-G
GO-SSB	SummerSaver Optional Rate for Customers Purchasing New or Repairing Inoperable Equip.	32046-G,37794-G,37658-G,37659-G,31263-G
GTO-SSB	Transportation-Only SummerSaver Optional Rate for Customers Purchasing New or Repairing Inoperable Equip.	31581-G,37689-G,37661-G,31583-G,31268-G
GO-AC	Optional Rate for Customers Purchasing New Gas Air Conditioning Equipment	32048-G,37795-G,37662-G,37663-G,31277-G
GTO-AC	Transportation-Only Optional Rate for Customers Purchasing New Gas Air Conditioning Equipment	31584-G,37691-G,37664-G,37665-G,31282-G

T
T
T
T

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

TABLE OF CONTENTS

(Continued)

GL	Street and Outdoor Lighting Natural Gas Service	37796-G,31022-G	
GN-10	Core Service for Small Commercial and Industrial Service	36664-G,37797-G,37821-G,37822-G,37823-G 37824-G,36669-G,36670-G	
GT-10	Core Aggregation Transportation for Core Commercial and Industrial Service	36455-G,32619-G,37527-G,37528-G,36671-G 36672-G,36673-G	
GN-10L	Core Commercial and Industrial Service, Income Qualified	33690-G,33691-G,37801-G,32627-G,37837-G 32629-G,32630-G,37838-G,32632-G	T T
GT-10L	Core Aggregation Transportation Commercial and Industrial Service, Income Qualified	33695-G,37530-G,33697-G,36810-G 32637-G,37839-G,32639-G,37840-G,32641-G	T
G-AC	Core Air Conditioning Service for Commercial and Industrial	36674-G,37825-G,37803-G,36677-G,36678-G,36679-G 37841-G,36681-G	T
GT-AC	Core Transportation-only Air Conditioning Service for Commercial and Industrial	36682-G,37533-G,36683-G,36684-G 37842-G,36686-G,36687-G,36688-G	T
G-EN	Core Gas Engine Service for Agricultural Water Pumping	36689-G,37826-G,36691-G,36692-G	
GT-EN	Core Transportation-only Gas Engine Service for Agricultural Water Pumping	36693-G,36694-G,36695-G	
G-NGV	Natural Gas Service for Motor Vehicles	32059-G,37827-G,36697-G,36698-G	
GT-NGV	Transportation of Customer-Owned Gas for Motor Vehicle Service	37279-G,37280-G,30002-G,36813-G	
GO-ET	Emerging Technologies Optional Rate for Core Commercial and Industrial	30200-G,32061-G,30202-G	
GTO-ET	Transportation-Only Emerging Technologies Optional Rate for Core Commercial and Industrial	30203-G,30204-G,30205-G	
GO-IR	Incremental Rate for Existing Equipment for Core Commercial and Industrial	30206-G,32062-G,30208-G	
GTO-IR	Transportation-Only Incremental Rate for Existing Equipment for Core Commercial and Industrial	30209-G,30210-G,30211-G	
G-CP	Core Procurement Service	37140-G,37828-G,37829-G,37808-G,37144-G	
G-CS	Core Subscription Natural Gas Service	36703-G,37281-G,37282-G,36704-G 32656-G,32657-G,36522-G,36523-G	
GT-F	Firm Intrastate Transmission Service	37534-G,37535-G,36705-G,32663-G 32664-G,32665-G,34838-G,36524-G,36525-G,36526-G	
GT-I	Interruptible Intrastate Transmission Service	37536-G,37537-G,32670-G 32671-G,34839-G,36527-G	

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

2H9

ISSUED BY

Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

TABLE OF CONTENTS

(Continued)

SAMPLE FORMS

Applications

Medical Baseline Allowance Application (Form 4859-E, 07/02)	35664-G	
Medical Baseline Allowance Self-Certification (Form 4860, 07/02)	35665-G	
Application for California Alternate Rates for Energy CARE Program (Form 6632)	27500-G	
Application for California Alternate Rates for Energy (CARE) Program For Qualified Nonprofit Group Living Facilities (Form 6571B)	36230-G	
Self-Certification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6491-D, 05/04)	37843-G	T
Self-Mailer CARE Application (Form 6491-2A, 05/04)	37844-G	T
Self-Recertification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6674-A, 05/04)	37845-G	T
Post-Enrollment Verification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6675-A, 05/04)	37846-G	T
Self-Certification CARE Application - Submetered Residential (Form 6677, 05/04)	37847-G	T
Self-Recertification CARE Application - Submetered Residential (Form 6678, 05/04)	37848-G	T
Set and Turn-on Application (Form 1770H, 6-99)	32482-G	
Service Under Schedule GS (Form 4628C, 2-86)	35707-G	
SimplePay Direct Payment Application (Form 9706-08, 5/97)	28499-G	

Receipts and Notices

Receipt for Payment (Form 481-8, Rev. 7/96 CIS)	35708-G
Miscellaneous Account Receipt (Form 315U)	35709-G
Deposit Warning Letters A and B (Form 437.1R, 11/02)	36782-G
California Penal Code Tag (Form 81-A)	36783-G
For Your Information (Form 21-0306, 05/03)	36784-G

Surety or Guarantee for Account

Continuing Guarantee Letter (Form 6447, 1/94)	36785-G
---	---------

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

1H10

ISSUED BY

Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

TABLE OF CONTENTS

The following listed sheets contain all effective Schedules of Rates and Rules affecting service and information relating thereto in effect on the date indicated thereon.

<u>GENERAL</u>	<u>Cal. P.U.C. Sheet No.</u>
Title Page	21888-G
Table of Contents--General and Preliminary Statement	37852-G,37552-G
Table of Contents--Service Area Maps and Descriptions	28516-G
Table of Contents--Rate Schedules	37849-G,37850-G,37779-G
Table of Contents--List of Cities and Communities Served	37398-G
Table of Contents--List of Contracts and Deviations	37398-G
Table of Contents--Rules	36876-G,36627-G
Table of Contents--Sample Forms	37851-G,37017-G,37018-G,37486-G,36796-G

T
T
T

PRELIMINARY STATEMENT

Part I General Service Information	24331-G,24332-G,24333-G,24334-G,24749-G
Part II Summary of Rates and Charges	37812-G,37813-G,37814-G,37491-G,37815-G,37776-G 32491-G,32492-G,37198-G,37785-G,37786-G,37495-G,37496-G
Part III Cost Allocation and Revenue Requirement	27024-G,27025-G,27026-G,27027-G,37237-G
Part IV Income Tax Component of Contributions and Advances	36614-G,24354-G
Part V Description of Regulatory Accounts-Balancing	35874-G,34820-G,37003-G 37004-G,34822-G,34823-G,34824-G,34825-G,34826-G,34827-G,34682-G,35770-G,35874-G
Part VI Description of Regulatory Accounts-Memorandum	37224-G,34279-G,34280-G 34281-G,34282-G,34283-G,34284-G,34285-G,34286-G,34683-G,34684-G,34289-G 34290-G,34291-G,34829-G,34830-G,34831-G,35358-G,37637-G,36926-G,37225-G
Part VII Description of Regulatory Accounts-Tracking	36022-G,34373-G,34374-G 34375-G,34376-G,34377-G,34378-G,34379-G,36023-G
Part VIII Gas Cost Incentive Mechanism (GCIM)	35876-G,35877-G,35878-G,36869-G 36870-G,35881-G
Part IX Hazardous Substances Mechanism (HSM)	26199-G,26200-G,26201-G
Part X Global Settlement	32530-G,32531-G,32532-G,32533-G

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3378
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED May 20, 2004
 EFFECTIVE Jun 1, 2004
 RESOLUTION NO. E-3524

ATTACHMENT C

Advice No. 3378

CARE Application Bill Insert

California Alternate Rates for Energy (CARE) Application

Solicitud para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

Account Number/Número de cuenta

Conditions for Participation

- The gas bill is in your name.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home)—before deductions—is no more than the income level shown to the right.
- You may be asked to verify your income. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.
- You will be reminded to renew your application every two years.

Condiciones para participar

- La factura de gas está a su nombre.
- No puede aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- El ingreso anual total de su hogar (el ingreso o ayuda recibido por todas las personas que viven en su hogar)—antes de deducciones—no sobrepasa el nivel de ingresos mostrados a su derecha.
- Se le puede pedir que verifique su ingreso. Si no responde o si no es considerado elegible, podría recibir cuentas corregidas.
- Se le recordará que renueve su solicitud cada dos años.

Maximum Household Income	
Number of Persons in Household	Total Combined Yearly Income
1 or 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
Add \$5,600 for each additional person.	
Ingreso Máximo en el Hogar	
Número de Personas en el Hogar	Ingreso Total Anual Combinado
1 ó 2	\$23,400
3	\$27,500
4	\$33,100
5	\$38,700
6	\$44,300
Añada \$5,600 por cada persona adicional.	

- 1 Check the total number of persons in your household** **Marque el número total de personas que viven en su hogar:**
- One/*Uno* (1)
 Two/*Dos* (2)
 Three/*Tres* (3)
 Four/*Cuatro* (4)
 Five/*Cinco* (5)
 Six/*Seis* (6)
- More than Six/*Más de Seis* (6+),
 Number/Número _____
- + =
 Adults/*Adultos* Children/*Niños* Total Number/*Número Total*

- 2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**
Marque el ingreso anual total de su hogar de todas las personas viviendo en su hogar, y de todas fuentes de ingresos:
- a. \$0 to \$23,400 d. \$33,101 to \$38,700
 b. \$23,401 to \$27,500 e. \$38,701 to \$44,300
 c. \$27,501 to \$33,100 f. More than \$44,300/*Más de \$44,300*
- Total Income/*Ingreso total:*

- 3 Check all sources of income for your household:**
- Wages or Salaries Disability Payments TANF (AFDC)
 Interest or Dividends from:
 Savings Accounts Workers Compensation Food Stamps
 Stocks or Bonds Social Security, SSI, SSP Child Support
 Retirement Accounts Pensions Cash and/or Other Income
 Unemployment Benefits Insurance Settlements Spousal Support
 Rental or Royalty Income Legal Settlements
 Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
 Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)
- Marque todas las fuentes de ingresos de su hogar:**
- Sueldos o Salarios Pagos de discapacidad TANF (AFDC)
 Interés o Dividendos de:
 Cuentas de Ahorros Compensación al trabajador Estampillas de comida
 Acciones o Bonos Seguro Social, SSI, SSP Apoyo para los niños
 Cuentas de Retiro Pensiones Dinero en efectivo y/u otros ingresos
 Beneficios de desempleo Indemnizaciones de seguro Apoyo de cónyuge
 Ingresos de alquiler o regalías Indemnizaciones legales
 Becas, subvenciones, u otra ayuda usada para sufragar el costo de vida
 Ganancias de autoempleo (Forma 1040, tabla C, línea 29 del IRS)

- 4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?**
¿Alguien (que no sea su cónyuge) lo declara como dependiente en la declaración de impuestos?
- Yes/*Sí* No/*No*

Did you complete 1 through 4? **¿Completó preguntas número 1 a 4?**

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Declaración y Afirmación de Autocertificación: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.



Signature/*Firma*

Date/*Fecha*

()

Phone/*Teléfono*

Print Name/*Nombre en letra de molde*

Address/*Dirección*

City/*Ciudad*



The Gas Company A Sempra Energy utility™

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 11684 LOS ANGELES CA 90051

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ATTN CARE PROGRAM GT12F1
THE GAS COMPANY
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-9316

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



A Sempra Energy utility™

California Alternate Rates for Energy

(CARE) – 20% Rate Discount

Tarifas Alternas para Energía de California

(CARE) – Descuento de 20% en su cuenta de gas



Application Inside Solicitud adentro

Dear Customer:

You may be eligible for a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may also qualify for a 60% discount on your Service Establishment Charge if you are qualified within 90 days of starting new gas service. Please review the program qualifications on the enclosed application to see if you qualify. If you think you qualify, please complete the application form and mail it back to us. You will receive your discount once your completed, signed application is approved by The Gas Company®. If you have any questions about the CARE program, or need assistance filling out the form, please call us at 1-800-427-2200.

Estimado(a) Cliente:

Usted podría ser elegible para recibir un 20% de descuento en su cuenta de gas de su residencia principal. También podría calificar para un descuento de 60% en el Cargo por Establecimiento de Servicio, si usted es aprobado antes de 90 días desde el comienzo de su nuevo servicio de gas. Por favor revise las calificaciones del programa en la solicitud. Si piensa que califica, complete y firme la solicitud y envíela a The Gas Company. Recibirá su(s) descuentos(s) una vez que su solicitud sea aprobada por The Gas Company. Si tiene alguna duda acerca de la solicitud, favor de llamar al 1-800-342-4545.

For information on CARE in other languages, call The Gas Company at:

Mandarin: 1-800-427-1429
Cantonese: 1-800-427-1420
Korean: 1-800-427-0471
Vietnamese: 1-800-427-0478

Other programs and services you may qualify for:

LIHEAP—Low Income Home Energy Assistance Program

Provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the California Department of Community Services at 1-866-675-6623.

DAP—The Gas Company's Direct Assistance Program

Provides weatherization services at no cost. Call 1-800-331-7593.

Otros programas y servicios para los que puede calificar:

LIHEAP—Programa de Ayuda para la Energía del Hogar para Personas de Bajos Recursos

Provee asistencia para pagar su cuenta, asistencia urgente de su cuenta y servicios de impermeabilización, llame a LIHEAP al Departamento de Servicios para la Comunidad de California al 1-866-675-6623.

DAP—Programa de Asistencia Directa de The Gas Company

Provee servicios de impermeabilización sin costo. Llame al 1-800-331-7593.