

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Post-Enrollment Verification CARE Application
Sub-Metered Residential (Form 6675S, 06/15)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 4797
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED May 1, 2015
EFFECTIVE Jun 1, 2015
RESOLUTION NO. E-3524



A Sempra Energy utility

**IMMEDIATE REPLY
NEEDED**

Dear Customer,

You are currently receiving a 20 percent discount on your monthly gas bill through the California Alternate Rates for Energy (CARE) program. Your household has been selected by SoCalGas® for verification of eligibility. To continue receiving this discount, please return the completed and signed form including required document(s) in the envelope provided, or by fax, within 90 days. If you do not reply or are found ineligible, you will receive corrected billings.

Required Documents: You only need to provide copies of document(s) from either list **1 OR 2** (not both).

List 1) If you or another person in your household receives public assistance, **please send documentation proving participation** in any of the following programs:

Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal for Families A&B (Monthly Premium Statement), Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF), Tribal TANF, Head Start Income Eligible - Tribal Only, Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh (Food Stamps), National School Lunch Program (NSLP), Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP), Supplemental Security Income (SSI)

OR

List 2) If no one in your household participates in any of the programs mentioned above, **please send copies of income documents for every household member receiving income or aid.** The chart below lists income sources and required documents:

If you receive:	Acceptable Documents
Wages, salary, tips, commissions	Two most recent consecutive pay stubs, or W2, or IRS 1040 form
Social Security, SSI, SSDI, Pensions, Disability Payments, Workers Compensation, Unemployment Benefits	Statements of Benefits, or Copy of the Check, or Bank Statements showing the deposits, or IRS Form 1040, or IRS Form 1099
Profit from self-employment	IRS Form 1040, plus Schedule C
Rental income, royalty income	IRS Form 1040, plus Schedule E for rental income
Interest or dividends from savings accounts, retirement accounts, stocks, bonds	IRS Form 1040, or IRS Form 1099(s).
Insurance, legal settlements	Settlement documents
Child and/or spousal support	Court documents, or copy of the check
School grants, scholarships, or other aid	Award letters, or two most recent consecutive pay stubs, or copy of the check
None of the sources above	A statement explaining the sources of income used to support your household

FOR INFORMATION ON CARE, CALL SOCALGAS AT:

English: 1-800-427-2200

中文: 1-800-427-1429

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

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

Fax: 1-213-244-4665



A Sempra Energy utility

CARE ELIGIBILITY VERIFICATION
Documents Required
 Please print clearly and use dark ink

Mailing Address:
 CARE Program
 P.O. Box 3249, GT19A1
 Los Angeles, CA 90051-1249
 1-800-427-2200
 Fax: 213-244-4665
 Meter: Submetered

Customer/Tenant Name
 (as it appears on your bill):

Home Address:

Account/Facility Number:

Telephone: () () () () - () () () () Home Cell

← Fill in the circle only if you **no longer** qualify or **do not** wish to participate in the CARE program and **sign** the Declaration.

Name of Each Household Member (including you)	Adult/Child <input checked="" type="checkbox"/>	Receives Assistance <input checked="" type="checkbox"/>	Receives Income <input checked="" type="checkbox"/>	Source(s) of Income or Assistance (e.g.: salary, pension, CalFresh, etc.)	Annual Income Before Taxes (If your household does not participate in any of the assistance programs from List 1)
«Customer_Name»	✓				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Total number of people living in your household: () ()

Adults: () () Children (under 18): () ()

Total Household Income = \$ () () () ()

Include this form, sign below, and return it along with copies of official verification documents for every household member receiving income or public assistance in the envelope provided.

Declaration: I state that the information and documents I have provided in this application are true and correct. I agree to inform Southern California Gas Company (SoCalGas®) if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that SoCalGas can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: **X** _____ Date: () () / () () / () ()

FOR SOCALGAS USE ONLY:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH
 BLANK = INCOMPLETE : \$ () () () () HH: () () INITIALS: () ()



A Sempra Energy utility

**SE NECESITA
RESPUESTA INMEDIATA**

Estimado cliente:

Actualmente usted recibe un descuento del 20 por ciento en su factura de gas mensual a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE). SoCalGas® seleccionó su hogar para realizar una verificación de elegibilidad. Para continuar recibiendo este descuento, envíe el formulario lleno y firmado, incluido(s) el/los documento(s) requerido(s) en el sobre que se adjunta o por fax, dentro de un plazo de 90 días. Si no responde o se lo califica inelegible, recibirá las facturas corregidas.

Documentos requeridos: Solo debe proporcionar copias del / de los documento(s) de la lista **1 Ó 2** (no ambas).

Lista 1) Si usted u otra persona en su hogar recibe asistencia social, **envíe la documentación que pruebe la participación** en cualquiera de los siguientes programas:

Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal para familiar clase A&B (resumen de cuota mensual), Mujeres, Infantes y Niños (WIC), CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF), TANF Tribal, Persona con ingresos que califican para el Programa Head Start - Solo Tribal, Agencia de Asuntos Indígenas Asistencia General, CalFresh (cupones para alimentos), Programa de Almuerzo "National School Lunch" (NSLP), Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)

O BIEN

Lista 2) Si ningún miembro de su hogar participa en ninguno de los programas que se mencionan arriba, **envíe copias de los ingresos de cada miembro del hogar que reciba ingresos o ayuda.** El cuadro de abajo enumera las fuentes de ingresos y la documentación requerida:

Si usted recibe:	Documentación aceptable
Sueldos, salarios, propinas, comisiones	Los dos talones de pago consecutivos más recientes o W2 o formulario IRS 1040
Seguridad Social, SSI, SSDI, pensiones, pagos por discapacidad, indemnización laboral, beneficios de desempleo	Resúmenes de beneficios o copia de cheque o resúmenes bancarios que muestren los depósitos o formulario IRS 1040 o formulario IRS 1099
Ganancias como trabajador autónomo	Formulario IRS 1040, más Anexo C
Ingreso por alquiler, ingreso por regalías	Formulario IRS 1040, más Anexo E para ingreso por alquiler
Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, cuentas de jubilación, acciones, bonos	Formulario IRS 1040 o Formulario IRS 1099(s).
Seguro, acuerdos legales	Documentación de acuerdo
Manutención infantil y/o conyugal	Documentos judiciales o copia de cheque
Asignaciones escolares, becas u otro tipo de ayuda	Carta de concesión o los dos talones de pago consecutivos más recientes o copia de cheque
Ninguna de las fuentes de arriba	Una declaración que explique las fuentes de ingreso que se usan para mantener el hogar

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, COMUNÍQUESE CON SOCALGAS AL:

English: 1-800-427-2200

中文: 1-800-427-1429

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

廣東話: 1800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

Personas con discapacidad auditiva (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (solo disponible en inglés y español)

Fax: 1-213-244-4665



A Sempra Energy utility

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD CARE

Documentación requerida

Rellene con letra clara y use tinta oscura

Domicilio postal:
Programa CARE
P.O. Box 3249, GT19A1
Los Angeles, CA 90051-1249

1-800-427-2200
Fax: 213-244-4665
Meter: Submetered

Nombre de cliente/inquilino
(como aparece en su factura)

Dirección de la casa:

Número de cuenta/
complejo habitacional:

Teléfono: () - - Casa Celular

← Rellene el círculo solo si usted **ya no** califica o **no** desea participar en el programa CARE y **firmar** la Declaración.

Nombre de cada miembro del hogar (incluido usted)	Adulto/niño <input checked="" type="checkbox"/>	Recibe asistencia <input checked="" type="checkbox"/>	Recibe ingreso <input checked="" type="checkbox"/>	Fuente(s) de ingreso o asistencia (por ejemplo: salario, pensión, CalFresh, etc.)	Ingresos anuales antes de los impuestos (Si su hogar no participa en ninguno de los programas de asistencia de la Lista 1)
«Customer_Name»	✓				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Cantidad total de personas que viven en su hogar

Adultos: Niños (menores de 18 años):

Ingreso total del hogar = \$

Incluya este formulario, firme abajo y envíelo junto con copias de la documentación de verificación oficial de cada miembro del hogar que reciba ingreso o asistencia social en el sobre que se adjunta.

Declaración: Declaro que la información y la documentación que suministré en esta aplicación son veraces y correctos. Me comprometo a informar a Southern California Gas Company (SoCalGas®) si ya no califico para recibir este descuento. Entiendo que de recibir el descuento sin ser apto para él, se me puede exigir pagar el descuento que recibí. Entiendo que SoCalGas puede compartir mi información con otros servicios o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma: Fecha: / /

PARA USO EXCLUSIVO DE SOCALGAS:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH
BLANK = INCOMPLETE

INC: \$ HH: INITIALS: