

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Submetered Residential (Form 6677, 06/23)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 6135
DECISION NO. 12-08-044

ISSUED BY
Dan Skopec
Sr Vice President Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
SUBMITTED May 1, 2023
EFFECTIVE Jun 1, 2023
RESOLUTION NO. E-3524

20% DISCOUNT CARE APPLICATION

The California Alternate Rates for Energy (CARE) program offers eligible SoCalGas® customers a 20% discount on their monthly natural gas bill. The discount will be applied to the monthly bill following the date that the application is approved by SoCalGas. If you are a submetered tenant, your property owner/manager will be notified whether or not you are approved to receive the discount.

Please submit a completed application by using one of the methods listed below:

- 1) Visit socalgas.com/CARE and apply as a submetered tenant.
- 2) Call 1-866-716-3452 anytime, 24 hours a day. Please have your Facility ID ready.
- 3) Return the completed and signed form by mail or fax to (213) 244-4665.

There are two ways to qualify:

Assistance programs	← OR →	Maximum household income																
<p>If you or another person in your household participates in any of these programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal for Families A&B Women, Infants & Children (WIC) CalWORKs (TANF)¹ or Tribal TANF Head Start Income Eligible (tribal only) Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh (food stamps) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income <p><small>¹Includes Welfare-To-Work</small></p>		<p>effective June 1, 2023 to May 31, 2024</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e6f2ff;">Number of persons in household</th> <th style="background-color: #e6f2ff;">Total annual income*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>\$39,440</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$49,720</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$60,000</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$70,280</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$80,560</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>\$90,840</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>\$101,120</td> </tr> </tbody> </table> <p>Each additional person +\$10,280 *Current household income from all sources before deductions.</p>	Number of persons in household	Total annual income*	1-2	\$39,440	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120
Number of persons in household	Total annual income*																	
1-2	\$39,440																	
3	\$49,720																	
4	\$60,000																	
5	\$70,280																	
6	\$80,560																	
7	\$90,840																	
8	\$101,120																	

Conditions for participation:

- 1) You must meet the qualification requirements in the table above.
- 2) The address must be your primary address.
- 3) You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- 4) You must recertify your application when requested.
- 5) You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify.
- 6) You must agree to verify your eligibility for CARE upon request.

Other programs and services you may qualify for:

 <p>Help for your home Energy-saving home improvements from authorized local contractors at no cost</p>	<p>Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593</p>	
 <p>Help for medical needs Medical Baseline Allowance Program offers additional natural gas at the lowest baseline rate for those with qualifying medical conditions. socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	 <p>Help with your bill Low Income Home Energy Assistance Utility bill assistance and weatherization services 1-866-675-6623</p>	 <p>Help with your phone California Lifeline Discounted telephone services for eligible customers Learn more at californialifeline.com</p>

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

FAX: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

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

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



20% DISCOUNT CARE APPLICATION

Please use dark blue or black ink only

Please complete and return this application by mail, fax, or apply online at socialgas.com/CARE.

Mail to: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 or Fax to: (213) 244-4665

PLEASE PROVIDE YOUR MASTER ACCOUNT AND FACILITY ID TO EXPEDITE THE PROCESS.

MASTER ACCOUNT (FIRST 10 DIGITS)

FACILITY I.D.

CUSTOMER NAME (FIRST AND LAST AS IT APPEARS ON YOUR BILL)

ADDRESS

SPACE #

CITY

PRIMARY PHONE

1 Total number of persons in your household (include yourself, other adults, and children):

- 1 2 3 4 5 6 If more than 6:

2 Are you (or someone in your household) enrolled in any of the following assistance programs?

YES (If yes, please fill in the circle(s) ●)

- Medi-Cal/Medicaid: Under age 65
- Medi-Cal/Medicaid: 65 or older
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) or 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

NO (If no, what is your yearly household income before deductions, including all members of the household?)

- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- If more than \$80,560, enter the dollar amount here
\$, .00 per year.

Please mark your sources of income

- Social Security
- SSP or SSDI
- Pensions
- Interest or dividends from savings, stocks, bonds, or retirement accounts
- Wages and/or salary
- Unemployment benefits
- Insurance or legal settlements
- Disability or workers compensation payments
- Spousal or child support
- Scholarships, grants, or other aid used for living expenses
- Rental or royalty income
- Cash, other income, or profit from self-employment

3 **Declaration** Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE program eligibility if asked. I agree to inform SoCalGas within 30 days if I no longer qualify to receive a discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I am required to pay back the discount I received. I authorize SoCalGas to share my information in order to remain eligible for available energy management assistance, and price reduction and residential rate programs with other utilities, state agencies and entities designated by the CPUC.

SIGNATURE: X

DATE: / /

20% DISCOUNT CARE APPLICATION

The California Alternate Rates for Energy (CARE) program offers eligible SoCalGas® customers a 20% discount on their monthly natural gas bill. The discount will be applied to the monthly bill following the date that the application is approved by SoCalGas. If you are a submetered tenant, your property owner/manager will be notified whether or not you are approved to receive the discount.

Please submit a completed application by using one of the methods listed below:

- 1)** Visit socalgas.com/CARE and apply as a submetered tenant.
- 2)** Call 1-866-716-3452 anytime, 24 hours a day. Please have your Facility ID ready.
- 3)** Return the completed and signed form by mail or fax to (213) 244-4665.



THERE ARE **TWO** WAYS TO QUALIFY

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS

If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal for Families A & B

Women, Infants, & Children (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ / 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

¹Includes Welfare-to-Work

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME

(effective June 1, 2023 to May 31, 2024)

Number of Persons in Household	Total Annual Income*
1-2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840
8	\$101,120

For each additional household member, add \$10,280

*Includes current household income from all sources before deductions.

CONDITIONS FOR PARTICIPATION:

- 1)** You must meet the qualification requirements in one of the tables on page 2.
- 2)** The address must be your primary address.
- 3)** You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- 4)** You must recertify your application when requested.
- 5)** You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify.
- 6)** You may be asked to verify your eligibility for CARE.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:



HELP FOR YOUR HOME

Energy-saving home improvements from authorized local contractors at no cost

Energy Savings Assistance Program

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



HELP FOR MEDICAL NEEDS

Additional natural gas at the lowest baseline rate for qualifying medical conditions

MEDICAL BASELINE

socalgas.com/Medical
1-866-431-3517



HELP WITH YOUR PHONE

Discounted telephone services for eligible customers

CALIFORNIA LIFELINE

Learn more at californialifeline.com



HELP WITH YOUR BILL

Utility bill assistance and weatherization services

LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE

1-866-675-6623

FOR MORE INFORMATION ON CUSTOMER ASSISTANCE:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

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

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company. Trademarks are property of their respective owners. All rights reserved.

The CARE program is funded by California utility customers and administered by Southern California Gas Company under the auspices of the California Public Utilities Commission. Program funds will be allocated on a first-come, first-served basis until such funds are no longer available. This program may be modified or terminated without prior notice.

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT

2

Are you (or someone in your household) enrolled in any of the following assistance programs?

- YES** (If yes, please fill in the circle(s) ●)
- Medi-Cal/Medicaid: Under age 65
- Medi-Cal/Medicaid: 65 or older
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants, and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) or 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

- NO** (If no, what is your yearly household income before deductions, including all members of the household?)
- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- If more than \$80,560, enter the dollar amount here
\$, .00 per year.

2

(continued)

Please mark your sources of income:

- Social Security
- SSP or SSDI
- Pensions
- Interest or dividends from savings, stocks, bonds, or retirement accounts
- Wages and/or salary
- Unemployment benefits
- Insurance or legal settlements
- Disability or workers compensation payments
- Spousal or child support
- Scholarships, grants, or other aid used for living expenses
- Rental or royalty income
- Cash, other income, or profit from self-employment

3

Declaration Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE program eligibility if asked. I agree to inform SoCalGas within 30 days if I no longer qualify to receive a discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I am required to pay back the discount I received. I authorize SoCalGas to share my information in order to remain eligible for available energy management assistance, and price reduction and residential rate programs with other utilities, state agencies and entities designated by the CPUC.

SIGNATURE: **X**

DATE: / /

DESCUENTO DEL 20%

SOLICITUD DE CARE

A través del programa de Tarifas Alternas para Energía de California (CARE), SoCalGas® ofrece a los clientes elegibles un descuento del 20 % en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará en la factura mensual posterior a la fecha de aprobación de la solicitud por parte de SoCalGas. Si usted es un inquilino con submedidor, se informará al propietario/administrador si usted está aprobado o no para recibir el descuento.

Envíe una solicitud completa usando uno de los métodos que se mencionan a continuación:

- 1)** Visite socalgas.com/CAREparami y aplique como inquilino submedidor.
- 2)** Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento, las 24 horas del día. Tenga a mano su identificación de la instalación.
- 3)** Devuelva el formulario completo y firmado por correo postal o fax al (213) 244-4665.



HAY **DOS** FORMAS DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

La persona que reside en la instalación recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal para Familias A y B

Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF)¹ o TANF Tribal

Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal

Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General

CalFresh (cupones para alimentos)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario



¹Incluye asistencia pública al trabajo

INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR

(en vigencia a partir del 1 de junio de 2023 hasta el 31 de mayo de 2024)

Cantidad de personas en el hogar

Ingreso anual total*

1-2

\$39,440

3

\$49,720

4

\$60,000

5

\$70,280

6

\$80,560

7

\$90,840

8

\$101,120

Por cada miembro adicional del hogar, sume \$10,280

*Incluye el ingreso actual del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.

CONDICIONES PARA PARTICIPAR:

- 1)** Debe cumplir con los requisitos de calificación que figuran en una de las tablas de la página dos.
- 2)** La dirección debe ser su domicilio principal.
- 3)** Usted no debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- 4)** Usted debe volver a acreditar su solicitud cuando se lo soliciten.
- 5)** Usted debe notificar a SoCalGas dentro de un plazo de 30 días si deja de cumplir con los requisitos para el programa.
- 6)** Puede solicitársele que verifique su elegibilidad para el programa CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE PUEDE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS:



AYUDA PARA SU HOGAR

Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados

Energy Savings
Assistance Program™

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



AYUDA PARA NECESIDADES MÉDICAS

Gas natural adicional con el costo de tarifa más baja, para condiciones médicas que califiquen

ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL
socalgas.com/Medico
1-866-431-3517



AYUDA CON SU TELÉFONO

Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles

CALIFORNIA LIFELINE
Para más información, visite
californialifeline.com



AYUDA CON SU FACTURA

Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización

ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS
1-866-675-6623

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA PARA CLIENTES:

Inglés: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Personas con discapacidad auditiva

(TDD/TTY): 1-800-252-0259

(disponible solo en inglés y español)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company. Todas las marcas registradas pertenecen a sus respectivos propietarios. Todos los derechos reservados. El programa CARE se financia con fondos provistos por los clientes de las empresas de servicios públicos de California y es administrado por Southern California Gas Company bajo el auspicio de la Comisión de Servicios Públicos de California. Los fondos del programa se asignarán por orden de recepción de solicitudes, hasta agotarse dichos fondos. Este programa puede ser modificado o cancelado sin previo aviso.

CÓDIGO FUENTE: 9Q EN LETRA GRANDE

2

¿Está (usted o alguna persona en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?

- SÍ** (Si la respuesta es sí, rellene los círculos●)
- Medi-Cal/Medicaid: menor de 65
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para Familias A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal
- Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General
- CalFresh (cupones para alimentos)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

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

- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- Si es más de \$80,560, ingrese el monto expresado en dólares aquí

\$, .00 por año.

2

(continuación)

Marque sus fuentes de ingresos:

- Seguro Social
- SSP o SSDI
- Jubilaciones
- Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Sueldos o salarios
- Beneficios de desempleo
- Seguro o acuerdos legales
- Pagos por discapacidad o compensación al trabajador
- Manutención infantil o conyugal
- Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia
- Ingresos por alquileres o regalías
- Efectivo, otros ingresos o ganancias de trabajo independiente

3**Declaración Lea y firme a continuación.**

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proveer prueba de elegibilidad al programa CARE si es necesario. Acepto informar a SoCalGas dentro de un plazo de 30 días si dejo de cumplir con los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, se me exigirá que pague el descuento que recibí. Autorizo a SoCalGas a compartir mi información para seguir siendo elegible a recibir asistencia disponible para la administración de energía, y los programas de reducción de precios y tarifas residenciales con otras empresas de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC.

FIRMA: FECHA: / /

DESCUENTO DEL 20% SOLICITUD DE CARE

A través del programa de Tarifas Alternas para Energía de California (CARE), SoCalGas® ofrece a los clientes elegibles un descuento del 20% en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará en la factura mensual posterior a la fecha de aprobación de la solicitud por parte de SoCalGas. Si usted es un inquilino con submedidor, se informará al propietario/administrador si usted está aprobado o no para recibir el descuento.

Por favor, envíe la solicitud completada por medio de alguno de los métodos mencionados a continuación:

- 1) Visite socalgas.com/CAREparami y aplique como inquilino con submedidor. Su solicitud será procesada de manera instantánea.
- 2) Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento durante las 24 horas del día. Por favor, tenga su número de cuenta a mano.
- 3) Envíe el formulario completado y firmado por correo o fax al (213) 244-4665.

Hay DOS formas de cumplir con los requisitos:

Programas de asistencia pública	← ○ →	Ingreso máximo en el hogar																
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:		en vigor del 1 de junio de 2023 al 31 de mayo de 2024																
Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal for Families A&B Women, Infants & Children (WIC) CalWORKs (TANF) ¹ or Tribal TANF Head Start Income Eligible (solamente tribal) Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh (estampillas para comida) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income		<table border="1"> <tr> <td rowspan="8">  Número de personas en el hogar </td> <td>1-2</td> <td>\$39,440</td> <td rowspan="8">  Ingreso total anual* </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$49,720</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$60,000</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$70,280</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$80,560</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>\$90,840</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>\$101,120</td> </tr> </table>	 Número de personas en el hogar	1-2	\$39,440	 Ingreso total anual*	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120
 Número de personas en el hogar	1-2	\$39,440		 Ingreso total anual*														
	3	\$49,720																
	4	\$60,000																
	5	\$70,280																
	6	\$80,560																
	7	\$90,840																
	8	\$101,120																
	¹ Incluye Welfare-To-Work		Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280 *Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.															

Condiciones para participar:

1) Debe cumplir con los requisitos de calificación que figuran en la tabla anterior. 2) La dirección debe ser su domicilio principal. 3) Usted no debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge. 4) Usted debe volver a acreditar su solicitud cuando se lo soliciten. 5) Usted debe notificar a SoCalGas dentro de un plazo de 30 días si deja de cumplir con los requisitos para el programa. 6) Debe aceptar verificar su elegibilidad para CARE previa solicitud.

Otros programas y servicios para los que puede ser elegible:

 Ayuda para su hogar Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados.		socalgas.com/Mejoras 1-800-331-7593
 Ayuda para necesidades médicas Asignación médica inicial ofrece gas natural adicional con el costo de tarifa más bajo, para condiciones médicas que califiquen. socalgas.com/Medico 1-866-431-3517	 Ayuda con su factura Asistencia energética para hogares de bajos ingresos Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización 1-866-675-6623	 Ayuda con su teléfono California Lifeline Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles Para más información, visite californialifeline.com

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

廣東話: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

FAX: (213) 244-4665

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



socalgas.com/es

1 (800) 342-4545



