

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS  
Self-Recertification CARE Application  
Submetered Residential (Form 6678, 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



**YOUR RATE DISCOUNT IS EXPIRING**

Facility ID:

Dear Tenant:

Date:

Through the California Alternate Rates for Energy (CARE) program, you are currently receiving a 20 percent discount on your monthly SoCalGas® natural gas bill. In order to continue receiving the CARE discount from your property owner/manager, you are required to renew your eligibility **within 90 days**. To renew, use 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**.

### HOW TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

<b>PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:</b>
If you or someone in your household participates in any of these programs:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicaid / Medi-Cal</li> <li>Medi-Cal for Families A&amp;B</li> <li>Women, Infants, &amp; Children (WIC)</li> <li>CalWORKs (TANF) or Tribal TANF</li> <li>Head Start Income Eligible - Tribal Only</li> <li>Bureau of Indian Affairs General Assistance</li> <li>CalFresh (Food Stamps)</li> <li>National School Lunch Program (NSLP)</li> <li>Low Income Home Energy Assistance Program</li> <li>Supplemental Security Income</li> </ul>

**OR**

<b>MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME*:</b> (effective June 1, 2023 to May 31, 2024) <small>*current household income from all sources before deductions</small>	
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
Each additional person	+\$10,280

### CONDITIONS FOR PARTICIPATION

- 1) This address must be your primary address.
- 2) You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- 3) You must recertify your application when requested.
- 4) You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify.
- 5) You may be asked to verify your eligibility for CARE.

### FOR INFORMATION ON CUSTOMER ASSISTANCE:

You may qualify for other customer assistance programs that could help with your bill, your home, medical needs, and past due bill forgiveness. Learn more at **socalgas.com/assistance**.

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 (available in English and Spanish only)

FAX: (213) 244-4665



# CARE PROGRAM APPLICATION OR RENEWAL

## Save 20% off your natural gas bill

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249

FAX: 213-244-4665

Effective June 1, 2023 – May 31, 2024

Meter:

Account/Facility  
Number:

Customer/Tenant  
Name:

Customer Address:  
Apt/Space #  
City, ST ZIP

Phone:

For your application to be read accurately and completely, you must completely fill in the circle (●) next to your selection. Please use black or blue color ink only. Other marks may NOT be counted.

**1 Total adults and children in your household:**  1  2  3  4  5  6 If 6+, how many?

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

**YES:** (If yes, mark the program(s) of participation):

- Medi-Cal: Under age 65
- Medi-Cal: 65 or older
- Medi-Cal for Families A & B
- Women, Infants, & 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 amount \$  per year

**Please mark your source(s) 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

Check the box if you **do not** wish to participate or **do not qualify** for the CARE Program. Sign the form at the bottom and return it to the address above.

**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 eligibility if asked. I agree to inform SoCalGas if I no longer qualify to receive the 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:**



# EL DESCUENTO EN SU TARIFA ESTÁ POR VENCER

Número de complejo habitacional:

Apreciable inquilino:

Fecha:

Actualmente recibe un descuento del 20 por ciento en su factura mensual de gas natural a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE), por medio de SoCalGas®. Para continuar recibiendo el descuento de CARE del propietario/administrador de su vivienda, se requiere que renueve su elegibilidad **dentro de 90 días**. Para renovar, use uno de los métodos que se enumeran a continuación:

1. Visite [socalgas.com/careparami](https://socalgas.com/careparami) y aplique como inquilino submedidor.
2. Llame al **1-866-716-3452** en cualquier momento, las 24 horas del día. Tenga lista su ID de instalación.
3. Devuelva el formulario completo y firmado por correo o por fax al **(213) 244-4665**.

## CÓMO CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:	INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: <i>(en vigor del 1 de junio de 2023 al 31 de mayo de 2024)</i> *ingreso actual en el hogar de todas las fuentes antes de deducciones	
Si usted o alguien que vive en su hogar participa en cualquiera de estos programas:		
Medicaid / Medi-Cal		
Medi-Cal Para Familias A & B		
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)		
CalWORKs (TANF) o TANF Tribal		
Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)		
Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos		
CalFresh (Estampillas para Comida)		
Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)		
Programa de Asistencia a Hogares de Ingresos Limitados para Gastos de Energía (LIHEAP)		
Ingreso Suplementario del Seguro Social		
O		
	Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
	1-2	\$39,440
	3	\$49,720
	4	\$60,000
	5	\$70,280
	6	\$80,560
	7	\$90,840
	8	\$101,120
	Cada persona adicional	+\$10,280

## CONDICIONES PARA PARTICIPAR

1) Esta dirección debe ser su domicilio principal. 2) No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge. 3) Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite. 4) Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar. 5) Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

## PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ASISTENCIA AL CLIENTE:

Usted puede ser elegible para otros programas de asistencia al cliente que pueden ayudarle con su factura, su hogar, necesidades médicas y perdón de facturas vencidas. Aprenda más en [socalgas.com/asistencia](https://socalgas.com/asistencia).

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

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)

FAX: (213) 244-4665



# SOLICITUD O RENOVACIÓN PARA EL PROGRAMA CARE

## Ahorre el 20% sobre su factura mensual de gas natural

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249

FAX: 213-244-4665

Vigente a partir del 1ro de junio de 2023 hasta el 31 de mayo de 2024

Número de cuenta/  
complejo habitacional:

Nombre del cliente/  
inquilino:

Dirección del cliente:  
No. de apto/espacio  
Ciudad, ZIP

Teléfono:

Meter:

Para que su aplicación sea leída de forma precisa y completa, debe llenar completamente el círculo (●) junto a su selección. Utilice únicamente tinta de color negro o azul. Otras marcas NO pueden contarse.

**1 Cantidad total de adultos y niños en su hogar:**  1  2  3  4  5  6 Si son más de 6:

**2 ¿Usted o alguien de su hogar están inscritos en alguno de los siguientes programas de asistencia?**

**SÍ: (Si su respuesta es positiva, rellene los círculos que correspondan)**

- Medi-Cal: Menos de 65 años
- Medi-Cal: 65 años o más
- Medi-Cal para familias clase A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o 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 Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Ingreso Suplementario del Seguro Social

**NO: ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducir los impuestos e incluidos todos los miembros del hogar)?**

- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- En caso de ser más de \$80,560, ingrese el monto en dólares aquí: \$  por año

**Marque sus fuentes de ingreso**

- Seguro Social
- SSP o SSDI
- Jubilaciones
- Intereses o dividendos de: ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Salario y/o ingresos
- 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, otro ingreso o ganancias de trabajo independiente

Marque el cuadro si no desea participar o si no califica para el programa CARE. Firme la solicitud abajo y reenvíela a la dirección en la parte superior.

**3 Declaración: Lea y firme abajo.**

Declaro que la información que proporcioné en la presente solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar pruebas de elegibilidad para CARE si se me solicitan. Acepto informar a SoCalGas si ya no reúno los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, seré obligado pagar 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: X

Fecha: