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 $23,000

☐b. $23,001 to $27,000

☐c. $27,001 to $32,500

☐d. $32,501 to $38,000

☐e. $38,001 to $43,500

☐f. More than $43,500/*Más de $43,500*

Total Income/*Ingreso total:* $_____

3 Check all sources of income for your household:

☐ Wages or Salaries
Interest or Dividends from:
- ☐ Savings Accounts
- ☐ Stocks or Bonds
- ☐ Retirement Accounts

☐ Unemployment Benefits
☐ Rental or Royalty Income
☐ Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
☐ Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

☐ Disability Payments
☐ Workers Compensation
☐ Social Security, SSI, SSP
☐ Pensions
☐ Insurance Settlements
☐ Legal Settlements

☐ TANF (AFDC)
☐ Food Stamps
☐ Child Support
☐ Cash and/or Other Income
☐ Spousal Support

Marque todas las fuentes de ingresos de su hogar:

☐ *Sueldos o Salarios*
Interés o Dividendos de:
- ☐ *Cuentas de Ahorros*
- ☐ *Acciones o Bonos*
- ☐ *Cuentas de Retiro*

☐ *Beneficios de desempleo*
☐ *Ingresos de alquiler o regalías*
☐ *Becas, subvenciones, u otra ayuda usada para sufragar el costo de vida*
☐ *Ganancias de autoempleo (Forma 1040, tabla C, línea 29 del IRS)*

☐ *Pagos de discapacitación*
☐ *Compensación al trabajador*
☐ *Seguro Social, SSI, SSP*
☐ *Pensiones*
☐ *Indemnizaciones de seguro*
☐ *Indemnizaciones legales*

☐ *TANF (AFDC)*
☐ *Estampillas de comida*
☐ *Apoyo para los niños*
☐ *Dinero en efectivo y/u otros ingresos*
☐ *Apoyo de cónyuge*

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* _____

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.

Agency code: 19