



San Diego Gas & Electric Company
San Diego, California

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 22337-E

Canceling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 21862-E

SAMPLE FORMS

Sheet 1

FORM 142-732/1

Residential Rate Assistance Application (IVR/System-Generated)

Form 142-732/1

(05/11)

T

(See Attached Form)

1C9

Advice Ltr. No. 2254-E

Decision No. _____

Issued by
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

Date Filed May 16, 2011

Effective Jun 1, 2011

Resolution No. E-3524



SAVE UP TO 35% ON YOUR SDG&E® BILL

It's easy to apply for SDG&E bill assistance. There are two programs that can help you save money on your monthly bill. If you qualify, you will be enrolled in only one of the following programs:

CARE – Monthly Bill Savings: Enrolled customers receive up to 35% monthly savings on their SDG&E bill.

FERA – A Lower Rate for Electricity: Enrolled customers are eligible for electricity at a lower rate within a certain usage level. A household that qualifies for FERA can have slightly higher income than CARE, but this program is only offered to households with three (3) or more members.

Are you eligible?

Public Assistance Programs: If your household participates in any of the public assistance programs listed on the application, please indicate in section **2A** by selecting which program(s).

Household Income: If your household income is less than the amount shown in the chart for your household size, please indicate in section **2B** of the application.

How to apply:

1. Apply online at sdge.com/care
2. Call our automated enrollment number any time: 1-877-646-5525
3. Mail this application using the envelope provided

THE FOLLOWING PROGRAMS MAY OFFER FURTHER ASSISTANCE

SDG&E's Medical Baseline Allowance program

More energy at the lowest rates for customers with medical conditions. Call 1-800-411-7343 or visit sdge.com/medicalbaseline for more information.

SDG&E's Energy Savings Assistance Program

Free energy-saving services and appliances for renters and homeowners. Call 1-866-597-0597 or visit sdge.com/energyassistance for more information.

Energy Savings
.....
Assistance Program™

Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

State-funded bill payment assistance and weatherization services. Call the Department of Community Services and Development 1-866-675-6623 or call 2-1-1 for referral to a local agency.

California Lifeline / ULTS

Discounted telephone access to customers meeting similar income guidelines as CARE. For more information on this service please contact your local telephone service provider.

SDG&E is committed to creating ways to help you save energy and money. Please email billdiscount@sdge.com or call 1-800-560-5551 if you have any questions. If you are speech- or hearing-impaired, please call our TDD/TTY number at 1-877-889-7343 – it's available 24 hours a day for your convenience.

CARE & FERA APPLICATION

Program Guidelines (*Applies to both the CARE and FERA programs*):

- You must notify SDG&E® if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your income.
- You must renew your enrollment when requested.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- The SDG&E bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- Your household is receiving benefits from one of the public assistance programs listed on the application, or your total current household income (all income of all persons living in your home) before deductions is no more than the income level in the chart.

Number of Household Members	Maximum Allowable Annual Income*	
	CARE	FERA
1 - 2	\$31,800	Not Eligible
3	\$37,400	\$37,401 - \$46,800
4	\$45,100	\$45,101 - \$56,400
5	\$52,800	\$52,801 - \$66,000
6	\$60,500	\$60,501 - \$75,600
Each Additional Member Add	\$7,700	\$7,700 - \$9,600
<i>*Effective June 1, 2011 through May 31, 2012</i>		

1	Household Information	Please enter the number of persons in your household Adults <input type="text"/> <input type="text"/> + Children <input type="text"/> <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>												
2 A	Public Assistance Programs	If you receive benefits from any of the following public assistance programs, check all that apply. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - Under 65</td> <td><input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)</td> <td><input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - Over 65</td> <td><input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance</td> <td><input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Healthy Families A & B</td> <td><input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)</td> <td><input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Food Stamps)</td> <td><input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><i>If you do not participate in any of the above programs, please complete Section 2B below</i></p>	<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - Under 65	<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)	<input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - Over 65	<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Healthy Families A & B	<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF	<input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Food Stamps)	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)	
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - Under 65	<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)	<input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)												
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - Over 65	<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)												
<input type="checkbox"/> Healthy Families A & B	<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF												
<input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Food Stamps)	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)													
2 B	Household Income Eligibility	Please check all sources of household income for all members of the household and write your total income in the spaces provided. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wages and/or profits from self employment</td> <td><input type="checkbox"/> Unemployment benefits</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rent or royalty income</td> <td><input type="checkbox"/> Scholarships, grants or other aid for living expenses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pensions</td> <td><input type="checkbox"/> Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Social Security</td> <td><input type="checkbox"/> Spousal or child support</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SSP or SSDI</td> <td><input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Disability or workers' compensation payments</td> <td><input type="checkbox"/> Cash or other income</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">Total annual household income: \$<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.00</p>	<input type="checkbox"/> Wages and/or profits from self employment	<input type="checkbox"/> Unemployment benefits	<input type="checkbox"/> Rent or royalty income	<input type="checkbox"/> Scholarships, grants or other aid for living expenses	<input type="checkbox"/> Pensions	<input type="checkbox"/> Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts	<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Spousal or child support	<input type="checkbox"/> SSP or SSDI	<input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements	<input type="checkbox"/> Disability or workers' compensation payments	<input type="checkbox"/> Cash or other income
<input type="checkbox"/> Wages and/or profits from self employment	<input type="checkbox"/> Unemployment benefits													
<input type="checkbox"/> Rent or royalty income	<input type="checkbox"/> Scholarships, grants or other aid for living expenses													
<input type="checkbox"/> Pensions	<input type="checkbox"/> Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts													
<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Spousal or child support													
<input type="checkbox"/> SSP or SSDI	<input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements													
<input type="checkbox"/> Disability or workers' compensation payments	<input type="checkbox"/> Cash or other income													
3	Declaration (Please read and sign below)	The information I have provided is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform SDG&E if I no longer qualify to receive the discount. If I continue to receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that SDG&E can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">Signature:</td> <td>Date:</td> </tr> <tr> <td>Email Address:</td> <td>Phone: ()</td> </tr> </table>	Signature:	Date:	Email Address:	Phone: ()								
Signature:	Date:													
Email Address:	Phone: ()													



AHORRE HASTA UN 35% EN SU FACTURA DE SDG&E®

Es fácil solicitar ayuda con la factura de SDG&E®. Hay dos programas que pueden ayudarle a ahorrar dinero en su factura mensual. Si califica, se le inscribirá únicamente en uno de los siguientes programas:

CARE – Hasta el 35% de ahorro mensual en su factura: Los clientes que están inscritos reciben hasta el 35% de ahorro mensual en su factura de SDG&E.

FERA – Una tarifa eléctrica más baja: Los clientes que están inscritos tienen derecho a electricidad a una tarifa más baja dentro de cierto nivel de consumo. Un hogar que califique para FERA puede tener un ingreso un poco mayor que el que se necesita para CARE, pero este programa se ofrece únicamente a hogares con tres (3) o más miembros.

¿Reúne usted los requisitos?

Programas de Asistencia Pública: Si su hogar participa en cualquiera de los programas de asistencia pública que se enumeran en el formulario de solicitud, por favor indíquelo en la sección **2A** marcando el(los) programa(s) correspondiente(s).

Ingreso en el hogar: Si el ingreso que se recibe en su hogar es menor que la cantidad que aparece en la gráfica correspondiente al número de personas que viven en su hogar, por favor indíquelo en la sección **2B** de este formulario de solicitud.

Cómo presentar su solicitud:

4. Presente su solicitud en línea en sdge.com/sp/care
5. Llame a cualquier hora a nuestro número de inscripción automatizada, 1-877-646-5525
6. Envíe este formulario de solicitud por correo usando el sobre provisto

LOS SIGUIENTES PROGRAMAS PUEDEN OFRECER AYUDA ADICIONAL

Energy Savings Assistance Program de SDG&E
Mejoras gratuitas que ahorran energía en el hogar para propietarios e inquilinos. Llame al 1-866-597-0597 o visite sdge.com/energiaasistencia para mayor información.

**Energy Savings
Assistance Program™**

Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)
Asistencia para el pago de facturas y servicios de protección del hogar contra los agentes atmosféricos, financiados por el estado. Llame al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) al 1-866-675-6623 o llame al 2-1-1 para que lo remitan a una agencia de su localidad.

Asignación Médica Inicial de SDG&E
Más energía a las tarifas más bajas para clientes con afecciones. Llame al 1-800-311-7343 o visite sdge.com/medicainicial para mayor información.

Servicio Telefónico California Lifeline /ULTS
Acceso a servicio telefónico con descuento para clientes que satisfagan criterios de ingreso similares a los de CARE. Para más información sobre este servicio, por favor comuníquese con el proveedor de servicio telefónico de su localidad.

SDG&E tiene el compromiso de crear formas que le ayuden a ahorrar energía y dinero. Por favor escríbanos por correo electrónico a billdiscount@sdge.com o llame al 1-800-560-5551 si tiene alguna duda. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, por favor llame a nuestro número TDD/TTY, al 1-877-889-7343 —está disponible 24 horas al día para su comodidad.

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CARE Y FERA

Criterios del programa (aplica a ambos programas CARE y FERA):

- Debe notificar a SDG&E® si deja de calificar.
- Tal vez le pidan que verifique su ingreso.
- Debe renovar su inscripción cuando se le solicite.
- No puede aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- La factura de SDG&E debe estar a su nombre y el domicilio de servicio debe ser su residencia principal.
- Su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública que se enumeran en este formulario de solicitud, o el ingreso total actual de su hogar (todo el ingreso de todas las personas que viven en su hogar) antes de deducciones no es mayor que el nivel de ingreso correspondiente conforme a la gráfica.

Número de miembros en el hogar	Ingreso máximo anual permisible*	
	CARE	FERA
1 - 2	\$31,800	No es elegible
3	\$37,400	\$37,401 - \$46,800
4	\$45,100	\$45,101 - \$56,400
5	\$52,800	\$52,801 - \$66,000
6	\$60,500	\$60,501 - \$75,600
Cada miembro adicional, añadida	\$7,700	\$7,700 - \$9,600

*Vigente del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012

1	<p>Información del hogar Por favor anote el número de personas que viven en su hogar Adultos <input type="text"/><input type="text"/> + Niños <input type="text"/><input type="text"/> = <input type="text"/><input type="text"/></p>			
2 A	<p>Programas de Asistencia Pública Si recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas de asistencia pública, marque todos los recuadros que correspondan..</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – menor de 65 <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – mayor de 65 <input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B <input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) <input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Si no participa en ninguno de los programas anteriores, por favor llene la Sección 2B a continuación</i></p>	<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – menor de 65 <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – mayor de 65 <input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B <input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida)	<input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) <input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – menor de 65 <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – mayor de 65 <input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B <input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida)	<input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) <input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal		
2 B	<p>Elegibilidad por ingresos en el hogar Por favor marque todas las fuentes de ingreso en el hogar de todos los miembros que viven en su hogar y escriba el ingreso total en el espacio provisto.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSP o SSDI <input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida <input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro <input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia <input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales <input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo </td> </tr> </table> <p>Ingreso total anual en el hogar: \$ <input type="text"/><input type="text"/>, <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.00</p>	<input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSP o SSDI <input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida <input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro <input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia <input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales <input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo	
<input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSP o SSDI <input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida <input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro <input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia <input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales <input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo			
3	<p>Declaración (por favor lea lo siguiente y firme a continuación) La información que proporcioné es verdadera y correcta. Convengo en proporcionar comprobantes de ingreso si me son solicitados. Convengo en informar a SDG&E si dejo de reunir los requisitos para recibir el descuento. Si continúo recibiendo el descuento sin reunir los requisitos para el mismo, tal vez se me exija devolver el importe del descuento que recibí. Entiendo que SDG&E puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o con sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.</p> <p>Firma Fecha:</p> <hr/> <p>Dirección de correo electrónico: Teléfono: ()</p>			