



San Diego Gas & Electric Company
San Diego, California

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 22339-E

Canceling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 21864-E

SAMPLE FORMS

Sheet 1

FORM 142-732/3

California Alternate Rates For Energy (CARE)
Program Recertification Application and Statement of Eligibility

Form 142-732/3

(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

RESPOND TODAY!

Dear CARE Customer,

You are currently enrolled in the CARE Program, which provides **up to 35% monthly savings on your SDG&E® bill**. We would like you to continue receiving your bill savings and keep you enrolled in CARE. If you're still qualified, please renew within 30 days and your discount will continue without interruption.

How to renew:

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 below for your household size, please indicate in section **2B** of the application.

Number in Household	Total Annual Income
1 or 2	\$31,800
3	\$37,400
4	\$45,100
5	\$52,800
6	\$60,500
For each additional person add	\$7,700
Effective June 1, 2011 – May 31, 2012	

There are three convenient ways to renew your eligibility:

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

THE FOLLOWING PROGRAMS MAY OFFER FURTHER ASSISTANCE

SDG&E's Energy Savings Assistance Program

Free energy-saving home improvements for home-owners and renters. Call 1-866-597-0597 or visit sdge.com/energyassistance for more information.



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.

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.

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 responding to your energy needs and providing exceptional customer service. 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.

Program Guidelines

- The SDG&E® bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- You must renew your application or provide documentation verifying your eligibility when requested.
- You must notify SDG&E if you are no longer eligible.

Please remove me from the CARE Program.
If you no longer qualify, or you no longer wish to participate, please check this box, sign and date this form, and return in the postage-paid envelope.

1	<p>Household Information</p> <p>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"/></p>												
2 A	<p>Public Assistance Programs</p> <p>If your household receives benefits from any of the following public assistance programs, check all that apply and skip 2B.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <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</td> <td></td> </tr> </table> <p><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	
<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												
2 B	<p>Household Income Eligibility</p> <p>Please check all sources of household income for all members of the household and write your total income in the spaces provided.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <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>Total annual household income: \$ <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	<p>Declaration (Please read and sign below)</p> <p>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.</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p> <p>E-mail Address: _____ Phone: () _____</p>												

¡NO DEJE QUE SE ACABE SU DESCUENTO!

Apreciable cliente CARE:

Actualmente está inscrito en el programa CARE, que le proporciona **hasta el 35% de ahorro mensual en su factura de SDG&E®**. Nos gustaría que siguiera ahorrando en su factura y siguiera inscrito en CARE. Si todavía califica, por favor renueve en un plazo no más de 30 días y su descuento continuará sin interrupción.

Cómo renovar:

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 en su hogar es menos de la cantidad que aparece a continuación para el número de personas que viven en su casa, por favor indíquelo en la sección **2B** del formulario de solicitud.

Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1 ó 2	\$31,800
3	\$37,400
4	\$45,100
5	\$52,800
6	\$60,500
Por cada persona adicional, añadida	\$7,700

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

Hay tres formas cómodas de renovar su elegibilidad:

1. Presente su solicitud en línea en sdge.com/sp/care
2. Llame a cualquier hora a nuestro número de inscripción automatizada, 877-646-5525
3. 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 más información.



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 medicas. Llame al 1-800-311-7343 o visite sdge.com/medicainical 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 acerca de este aviso. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, por favor llame a nuestro número TDD/TTY, 1-877-889-7343 —está disponible 24 horas al día para su comodidad.

Criterios del programa

- La factura de SDG&E® debe estar a su nombre y el domicilio de servicio debe ser su residencia principal.
- No puede aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe renovar su solicitud o proporcionar documentación que verifique su elegibilidad cuando se le solicite.
- Debe notificarle a SDG&E si deja de reunir los requisitos.

Por favor quítenme del Programa CARE.

Si ya no reúne los requisitos o ya no desea participar en el programa, por favor marque este recuadro, firme y feche este formulario, y devuélvalo en el sobre con porte pagado.

1	<p>Información del hogar</p> <p>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</p> <p>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 <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal </td> </tr> </table> <p>Si no participa en ninguno de los programas anteriores, por favor llene la Sección 2B a continuación</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 <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 <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal		
2 B	<p>Elegibilidad por ingresos en el hogar</p> <p>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 los espacios provistos.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías <input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo <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"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <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"/> Ingresos por alquiler o regalías <input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo <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"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <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"/> Ingresos por alquiler o regalías <input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo <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"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <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)</p> <p>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, 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> <p>Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: () _____</p>			