



San Diego Gas & Electric Company
San Diego, California

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 18809-G

Canceling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 18232-G

SAMPLE FORMS

Sheet 1

FORM 142-732/5

California Alternate Rates for Energy (CARE) Program Post Enrollment Verification

Form 142-732/5

(05/11)

T

(See Attached Form)

1C10

Advice Ltr. No. 2035-G

Decision No. _____

Issued by
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

Date Filed May 16, 2011

Effective Jun 1, 2011

Resolution No. E-3524

PLEASE 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**. At this time, we are asking you to send us information about your household's eligibility. We would like you to continue receiving your bill savings and keep you enrolled in CARE, so please respond as soon as possible. If you have any questions, or need assistance, please email billdiscount@sdge.com or call 1-800-560-5551. Speech and hearing impaired customers can call TDD/TTY 1-877-889-7343.

Please send documents from one of the following:

Proof of public assistance participation: If you or another person in your household receives public assistance, **please send copies of documentation** proving participation in any of the following programs:

Public Assistance Programs: Medicaid/Medi-Cal, Head Start Income Eligible – Tribal Only, BIA General Assistance, National School Lunch Program, CalWORKs (TANF) or Tribal TANF, LIHEAP, WIC, SNAP/CalFresh (Food Stamps), Healthy Families A & B, Supplemental Security Income (SSI)

OR

Income Eligible: If no one in your household participates in any programs listed above, **please send copies of income documentation for each household member** receiving income or aid. Income from all household members must be considered.

Number in Household	1 or 2	3	4	5	6
Total Annual Income	\$31,800	\$37,400	\$45,100	\$52,800	\$60,500

Each additional household member Add \$7,700

If Income Eligible, please make copies of correct documents for all household members receiving income.

If you receive	Document to copy and mail back
Wages, salary, tips, commissions	Two most recent consecutive pay stubs with IRS Form 1040 (W-2 Form(s) may also be requested)
Social Security, SSI, SSDI, pensions, disability payments, workers compensation, unemployment benefits	Statements of benefits, or copy of the check, or bank statements showing the deposits, or IRS Form 1040, or IRS Form 1099
Profit from self-employment	IRS Form 1040 plus Schedule C
Rental income, royalty income	IRS Form 1040, plus Schedule E for rental income
Interest or dividends from savings accounts, retirement accounts, stocks, bonds	IRS Form 1040 or IRS Form 1099(s)
Insurance, legal settlements	Settlement documents
Child and/or spousal support	Court documents, or copy of the check
School grants, scholarships, or other aid	Award letters, or two most recent consecutive pay stubs, or copy of the check
None of the sources above	A statement explaining the sources of income used to support your household

If you no longer qualify or wish to participate in the program, please check this box, sign and date this form, and return in the postage-paid envelope provided.

Please remove me from the CARE Program.

1	Household Information: Please list names of everyone in your household (include you, additional adults, and children)														
	Adults		Children												
	1	4	1	4											
	2	5	2	5											
3	6	3	6												
2 A O R	Public Assistance Programs														
	<p>If your household receives benefits from any of the following public assistance programs, check all that apply and provide copies of proof of participation.</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 (NSLP)</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 (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														
	<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"/> <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"/> 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)														
	<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>														
	Signature:		Date:												
E-mail Address:			Phone: ()												
4	<input type="checkbox"/> I included copies of all income sources OR included proof of my household's participation in a public assistance program.														
	<input type="checkbox"/> I included the names of all adults and children living in my home.														

¡FAVOR DE CONTESTAR HOY!

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®**. En esta ocasión, le estamos pidiendo que nos envíe información acerca de la elegibilidad de su hogar. Nos gustaría que siguiera ahorrando en su factura y siguiera inscrito en CARE, así que por favor conteste tan pronto como sea posible. Si tiene alguna duda, o necesita asistencia, por favor envíenos un mensaje por correo electrónico a billdiscount@sdge.com o llame al 1-800-560-5551. Los clientes con problemas auditivos o del habla pueden llamar al TDD/TTY, 1-877-889-7343.

Por favor envíe documentación que compruebe uno de los siguientes:

Participación en algún programa de asistencia pública: Si usted o alguna persona que vive en su hogar reciben asistencia pública, **por favor envíe copias de documentación** que compruebe su participación en cualquiera de los siguientes programas:

Programas de Asistencia Pública: Medicaid/Medi-Cal, Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente), Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos, Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP), CalWORKs (TANF) o TANF Tribal, LIHEAP, WIC, SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida), programa Healthy Families A y B, Ingreso por Seguro Suplementario (SSI).

O

Elegibilidad por ingreso: Si nadie en su hogar participa en alguno de los programas enumerados en la parte superior, **por favor envíe copias de la documentación de ingreso de cada uno de los miembros de su hogar** que esté recibiendo ingresos o ayuda. Se debe tomar en consideración el ingreso que tengan todos los miembros de su hogar.

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

Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$7,700

Si reúne los requisitos de ingreso, por favor saque copias de la documentación correcta de cada uno de los miembros del hogar que reciben un ingreso.

	Si recibe	Documento a copiar y enviar por correo
Salarios, sueldos, propinas, comisiones		Los dos talones de pago consecutivos más recientes, junto con el formulario 1040 del IRS [formulario(s) W-2 también puede(n) pedirse]
Seguro social, SSI, SSDI, pensiones, pagos por incapacidad, indemnización para los trabajadores, beneficios de desempleo		Constancia de beneficios, copia del cheque, estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos, Formulario 1040 del IRS, o Formulario 1099 del
Utilidades de autoempleo		Formulario 1040 del IRS más el Anexo C
Ingresos por alquiler ingresos por regalías		Formulario 1040 del IRS, más el Anexo E para ingresos por alquiler
Intereses o dividendos de cuentas de ahorro cuentas para el retiro. acciones. bonos		Formulario 1040 del IRS o Formulario 1099(s) del IRS
Indemnizaciones de seguro y finiquitos legales		Documentación de las indemnizaciones y finiquitos
Pensión alimenticia y/o conyugal		Documentación del tribunal o copia del cheque
Subvenciones, becas u otro tipo de ayuda escolar		Cartas de adjudicación, los dos talones de pago consecutivos más recientes, o copia del cheque
Ninguna de las fuentes anteriores		Una declaración que explique las fuentes de ingreso que usa para mantener su hogar

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 provisto.

Por favor quítenme del Programa CARE.

1	Información del hogar: Por favor enumere los nombres de todos los que viven en su hogar hogar (inclúyase usted, adultos adicionales y niños)																	
	Adultos		Niños															
	1	4	1	4														
	2	5	2	5														
3	6	3	6															
2 A O	Programas de Asistencia Pública Si recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas de asistencia pública, marque todos los recuadros que correspondan y presente copias de los comprobantes de participación.																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – menor de 65</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – mayor de 65</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><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"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – mayor de 65	<input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario	<input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B	<input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal	<input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida)			<input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)	
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – menor de 65	<input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)																
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal – mayor de 65	<input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario																
<input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B	<input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal																
<input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Estampillas para Comida)																		
<input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)																		
2 B	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 los espacios provistos.																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pensiones</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas el retiro</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seguro Social</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SSP o SSDI</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los Trabajadores</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">Ingreso total anual en el hogar: \$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> .00</p>				<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías	<input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de	<input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas el retiro	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia	<input type="checkbox"/> SSP o SSDI	<input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales	<input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los Trabajadores	<input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo		
<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías	<input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de																	
<input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo																	
<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas el retiro																	
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia																	
<input type="checkbox"/> SSP o SSDI	<input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales																	
<input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los Trabajadores	<input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo																	
3	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, 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.																	
	Firma:		Fecha:															
	Dirección de correo electrónico:		Teléfono: ()															
4	<input type="checkbox"/> Incluí copias de todas las fuentes de ingreso O incluí un comprobante de que mi hogar participa en algún programa de asistencia pública.																	
	<input type="checkbox"/> Incluí los nombres de todos los adultos y niños que viven en mi casa.																	