



San Diego Gas & Electric Company
San Diego, California

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 18234-G

Canceling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 17600-G

SAMPLE FORMS

Sheet 1

FORM 142-732/8

Residential Rate Assistance Application (Direct Mail)

Form 142-732/8

(05/10)

(See Attached Form)

T

1C7

Advice Ltr. No. 1949-G

Decision No. _____

Issued by
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

Date Filed May 14, 2010

Effective Jun 1, 2010

Resolution No. E-3524



You may qualify for savings of up to 35% on your SDG&E® bill.



SDG&E IS COMMITTED TO CREATING WAYS TO HELP CUSTOMERS SAVE MONEY AND ENERGY. WE OFFER TWO PROGRAMS THAT MAY LOWER YOUR MONTHLY BILL:

1. 20-35% MONTHLY SAVINGS

Customers enrolled in the California Alternate Rates for Energy (CARE) program may receive 20% to 35% savings on their bill every month.

2. A LOWER RATE ON ELECTRICITY

Customers enrolled in the Family Electric Rate Assistance (FERA) program are billed at a lower rate for electricity within certain levels of usage.

It only takes a few minutes to find out if you qualify. Please complete the application on the back.

You can mail the application in the enclosed envelope or apply on-line at sdge.com/care. If you prefer, you may call our automated enrollment number at **1-877-646-5525**. You will need your account number. If qualified, you will be enrolled in either CARE or FERA within 30 days. Customers cannot be enrolled in both programs at once.

If you have questions or would like more information on assistance from SDG&E, please e-mail billdiscount@sdge.com or call us at **1-800-411-7343**. For speech or hearing impaired customers, TDD/TTY is available 24-hours a day, seven days a week at **1-877-889-7343**.

SDG&E - General information

1-800-411-7343

sdge.com

SAVE ENERGY

ENERGY TEAM

Free energy-saving home improvements
1-866-597-0597
sdge.com/energyteam

REBATE PROGRAMS

Rebates on energy-efficient products for your home
1-800-644-6133
sdge.com/residential

HOME ENERGY ANALYSIS

Free online survey can show you ways to save
1-800-644-6133
sdge.com/energyprofile

GET EXTRA HELP

Make arrangements to pay your outstanding bill

1-800-411-7343
sdge.com/customer

Bill payment assistance and other community resources

Dial "211"
211sandiego.org

LIHEAP

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

CALIFORNIA LIFELINE

Discounted telephone service
Call your service provider
cpuc.ca.gov

SAVE MONEY

CARE

20% to 35% monthly savings
1-800-411-7343
sdge.com/care

FERA

Electricity within certain usage levels is billed at a lower rate
1-800-411-7343
sdge.com/fera

MEDICAL BASELINE

More energy at the lowest rates for customers with medical conditions
1-800-411-7343
sdge.com/medical

Residential Rate Assistance Application for CARE and FERA

MAXIMUM ALLOWABLE ANNUAL INCOME*		
Number of household members	CARE	FERA
1 - 2	\$ 31,300	Not Eligible
3	\$ 36,800	\$36,801 - \$46,100
4	\$ 44,400	\$44,401 - \$55,600
5	\$ 52,000	\$52,001 - \$65,100
6	\$ 59,600	\$59,601 - \$74,600
Each additional person	+\$7,600	+\$7,600 - \$9,500
*Effective June 1, 2010 to May 31, 2011		

There are two ways to qualify for either CARE or FERA:

1) If your household currently receives benefits from one of the listed public assistance programs

OR

2) If your total yearly household income before deductions is no more than the income level in the chart above

Rules for Participation

- The SDG&E bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- You must notify SDG&E if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your income.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- Your household is receiving benefits from one of the public assistance programs listed below in 2A, 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.
- You must renew your application when requested.

1

HOUSEHOLD INFORMATION

Number of persons in your household: Adults: _____ Children: _____ = Total _____

Please complete either section 2A OR 2B , then go to section 3.

2a

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS

If your household receives benefits from any of the following programs, please indicate which ones by marking the box, then SKIP 2B.

- | | | |
|---|--|---|
| <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 Program (WIC) | <input type="checkbox"/> TANF or Tribal TANF |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps / SNAP | <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) | |

If you do not participate in any of the above programs, please complete Section 2B.

2b

HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY

(skip if you filled out section 2A)

Please (1) mark the square for all sources of income in your household, and then (2) write in your total current household income before deductions in the spaces provided:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wages and/or profits from self employment | <input type="checkbox"/> Disability, or Workers Compensation payments | <input type="checkbox"/> Interest/Dividends from Savings, Stocks, Bonds or Retirement accounts |
| <input type="checkbox"/> Rent or royalty income | <input type="checkbox"/> Unemployment benefits | <input type="checkbox"/> Spousal or child support |
| <input type="checkbox"/> Pensions | <input type="checkbox"/> Scholarships, grants or other aid for living expenses | <input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements |
| <input type="checkbox"/> Social Security | | <input type="checkbox"/> Cash or other income |
| <input type="checkbox"/> SSP or SSDI | | |

Total Annual Household Income: \$ _____

3

DECLARATION

(please read and sign below)

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 SDG&E 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 SDG&E can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature _____ **Date** _____

Phone (_____) _____ **E-mail** _____



Tal vez reúna los requisitos para un ahorro de hasta el 35% en su factura de SDG&E®.



SDG&E TIENE EL COMPROMISO DE CREAR FORMAS DE AYUDAR A LOS CLIENTES A AHORRAR DINERO Y ENERGÍA. OFRECEMOS DOS PROGRAMAS QUE PUEDEN REDUCIR SU FACTURA MENSUAL:

1. 20-35% DE AHORRO MENSUAL

Los clientes inscritos en el programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) pueden recibir entre el 20% y el 35% de ahorro en su factura cada mes.

2. UNA TARIFA ELÉCTRICA MÁS BAJA

A los clientes inscritos en el Programa Familiar de Reducción de Tarifas Eléctricas (FERA) se les factura a una tarifa más baja por la electricidad dentro de ciertos niveles de consumo.

Sólo toma unos cuantos minutos averiguar si reúne los requisitos. Por favor llene el formulario de solicitud que aparece al reverso.

Puede enviar el formulario de solicitud por correo en el sobre que se adjunta o presentarlo en línea en sdge.com/sp/care. Si lo prefiere, puede llamar a nuestro número telefónico de inscripción automatizada, **1-877-646-5525**. Necesitará su número de cuenta. Si reúne los requisitos, quedará inscrito ya sea en CARE o en FERA, en un plazo no mayor a 30 días. Los clientes no pueden estar inscritos en ambos programas al mismo tiempo.

Si tiene alguna duda o si desea obtener más información sobre la asistencia que brinda SDG&E, por favor envíe un mensaje por correo electrónico a billdiscount@sdge.com o llámenos al **1-800-311-7343**. Para los clientes con problemas auditivos o del habla, hay TDD/TTY a su disposición 24 horas al día, siete días a la semana llamando al **1-877-889-7343**.

SDG&E - Información general

1-800-311-7343

sdge.com/espanol

AHORRE ENERGÍA

EQUIPO DE ENERGÍA

Mejoras gratuitas para ahorrar energía en casa
1-866-597-0597
sdge.com/sp/equipodeenergia

PROGRAMAS DE REEMBOLSO

Reembolsos en productos eficientes en energía para su casa
1-800-644-6133
sdge.com/sp/reembolsos

ANÁLISIS DE LA ENERGÍA EN CASA

Estudio gratuito en línea que puede mostrarle formas de ahorrar
1-800-644-6133
sdge.com/sp/perfildeenergia

OBTENGA AYUDA ADICIONAL

Haga arreglos para pagar sus facturas pendientes
1-800-311-7343 • sdge.com/customer

Asistencia para el pago de la factura y otros recursos comunitarios

Marque "211" • 211sandiego.org

LIHEAP

Asistencia para el pago de la factura y servicios de protección del hogar contra los agentes atmosféricos, financiados por el estado. Llame al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad al 1-866-675-6623 o llame al 2-1-1 para que lo remitan a una agencia de su localidad.

CALIFORNIA LIFELINE

Servicio telefónico con descuento
Llame a su proveedor de servicio
cpuc.ca.gov

AHORRE DINERO

CARE

20% a 35% de ahorro mensual
1-800-311-7343
sdge.com/sp/care

FERA

La electricidad dentro de ciertos niveles de consumo se factura a una tarifa más baja
1-800-311-7343
sdge.com/sp/fera

ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL

Más energía a las tarifas más bajas para clientes con afecciones
1-800-311-7343
sdge.com/sp/asignacionmedico

Formulario de solicitud para asistencia en tarifas residenciales para CARE y FERA

INGRESO ANUAL MÁXIMO PERMISIBLE*		
Número de personas en el hogar	CARE	FERA
1 - 2	\$ 31,300	No reúne los requisitos
3	\$ 36,800	\$36,801 - \$46,100
4	\$ 44,400	\$44,401 - \$55,600
5	\$ 52,000	\$52,001 - \$65,100
6	\$ 59,600	\$59,601 - \$74,600
Por cada persona adicional añadida	+\$7,600	+\$7,600 - \$9,500

*Vigente del 1 de junio de 2010 al 31 de mayo de 2011

Hay dos formas de reunir los requisitos para CARE o FERA:

1) Si su hogar recibe actualmente beneficios de alguno de los programas de asistencia pública enumerados

o

2) Si el ingreso total anual en su hogar antes de deducciones no es mayor que el nivel de ingreso que se establece en la gráfica anterior.

Reglas para participar

- La factura de SDG&E debe estar a su nombre y el domicilio debe ser su residencia principal.
- Debe notificar a SDG&E si ya no reúne los requisitos. Tal vez le pidan que verifique su ingreso.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- Su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública enumerados en la sección 2A a continuación, 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 que aparece en la gráfica.
- Debe renovar su solicitud cuando le sea requerido.

1

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número de personas en su hogar: Adultos: _____ Niños: _____ = Total _____

Sírvase contestar ya sea la sección 2A o la 2B, y luego pase a la sección 3.

2a

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

Si su hogar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas, sírvase indicar cuáles marcando el recuadro, luego SÁLTESE la sección 2B.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - menor de 65 años | <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 años | <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños | <input type="checkbox"/> Ingreso por Seguro Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Programa Healthy Families A y B | <input type="checkbox"/> Comida Gratuita del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) | <input type="checkbox"/> TANF o TANF Tribal |
| <input type="checkbox"/> Cupones de comida / SNAP | | |
| <input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) | | |

Si no participa en ninguno de los programas anteriores, sírvase llenar la Sección 2B.

2b

ELEGIBILIDAD POR INGRESOS EN EL HOGAR

(sálteselo si contestó la sección 2A)

Sírvase (1) marcar el recuadro de todas las fuentes de ingreso de su hogar, y después (2) escriba el ingreso total actual de su hogar antes de deducciones en los espacios provistos:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo | <input type="checkbox"/> SSP o SSDI | sufragar el costo de la vida |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías | <input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores | <input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para | <input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales |
| | | <input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo |

Ingreso total anual en el hogar: \$ _____

3

DECLARACIÓN

(por favor lea y firme a continuación)

Declaro que la información que he proporcionado en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Convengo en proporcionar comprobantes de ingresos si se me solicita. Convengo en informar a SDG&E si dejo de reunir los requisitos para recibir el descuento. Tengo entendido que si recibo algún descuento sin reunir los requisitos para obtenerlo, podría requerírseme la devolución 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 _____

Teléfono (_____) _____ Dirección de correo electrónico _____