



CARE Program – Request for proof of eligibility

Response Required

Dear CARE Customer;

You're currently enrolled in the CARE Program which provides a discount on your monthly SDG&E® bill. Qualification for this program is based on total income of everyone living in the home OR participation in a qualifying public assistance program. To confirm your eligibility for the program we're requesting information about your household.

Completing the eligibility process is required in order to continue to receive your monthly discount.

If you participate in one of the public assistance programs listed below, please provide proof of participation. The age of the document must be within 12 months of your CARE sign-up date. If you do not participate in one of these programs, each adult household member must provide proof of income. Proof of income includes all money and non-cash benefits received, including all financial support.

Please return all documentation in the enclosed envelope or the URL

https://care.sdge.com/heatcare_internetenrollment/index.html within 90-days or your discount will be discontinued.

Note: For your protection, please black out Social Security and/or bank account numbers on all copies.

If you have questions, please email billdiscount@sdge.com or call 1-800-560-5551. If you are speech or hearing impaired, please call our TDD/TTY number at 1-877-889-7343.

Number in household	1-2	3	4	5	6	7	8	Each add'l person, add
Qualifying annual income	\$32,480	\$40,840	\$49,200	\$57,560	\$65,920	\$74,280	\$82,640	\$8,360

Type of income	Required Documents to be provided (Additional documents may be requested in order to verify income.)
Public assistance programs: Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh/SNAP, CalWORKS/TANF, Head Start Income Eligible (Tribal Only), LIHEAP, Medicaid/Medi-Cal for Families A & B, NSLP, Tribal TANF, WIC, Supplemental Security Income (SSI)	Current notice of action OR benefit/award letter.
Wages, salary, tips, commissions	Federal Income Tax Return (all Forms 1099 or W-2 are required with the tax return), OR IRS Transcript of Tax Return, OR Two most recent consecutive paycheck stubs, OR Written affidavit from employer for cash wages.
Social Security Administration (SSA), State Supplementary Payment (SSP), Social Security Disability Insurance (SSDI), pensions and annuities, workers compensation, unemployment benefits, foster care, veterans benefits.	Federal Income Tax Return (all Forms 1099 or W-2 are required with the tax return), OR IRS Transcript of Tax Return, OR Benefit/award letter, OR Paycheck stubs, OR Bank statements showing the deposits.
Self-employment	Income statement showing most recent quarterly adjusted earnings plus prior year's tax return (Form 1040 and Schedule C) OR Affidavit from an applicant or accountant
Rental income, royalty income	Tax return form 1040 and Schedule E showing rental income and Royalty Income OR Copy of rental receipts OR, Copy of rental agreement specifying rent amount AND affidavit from tenant
Interest or dividends from savings or retirement accounts, stocks, bonds, capital gains on assets	Federal Income Tax Return (all Forms 1099 or W-2 are required with the tax return), OR IRS Transcript of Tax Return, OR Three consecutive bank statements.
Insurance, legal settlements	Settlement documents.
Alimony or Child Support	Bank statement OR court documents OR copy of the check
Family or Monetary Support	Letter from person(s) providing support, including name, address, phone number, signature, and monthly or annual amount of support, OR current bank statements showing the amount(s).
School grants, scholarships, or other aid	Benefit/award letter, OR Two most recent consecutive paycheck stubs or checks
IRA/401K	Copy of customer's check stubs OR Copy of most recent Award letter OR, Copy of form 1099R from prior year OR Copy or screen print of bank statement showing direct deposit
Zero income, non-filing, or other sources	Affidavit of zero income OR IRS letter of non-filing and proof of support as listed under Family or Monetary Support above.



Programa CARE - Solicitud de comprobantes para participar

Se requiere respuesta

Estimado cliente CARE:

Actualmente está inscrito en el Programa CARE, que le brinda un descuento en la factura de SDG&E. El derecho a participar en este programa se basa en el ingreso total de todas las personas que viven en su casa O en la participación en un programa de asistencia pública que cumpla con las condiciones. Para estar seguros de que tiene derecho a participar en el programa, estamos solicitando información sobre su casa. Completar el proceso de elegibilidad se requiere con el fin de continuar recibiendo su descuento mensual.

Si participa en uno de los programas de asistencia pública que aparecen a continuación, sírvase presentar comprobantes de participación. Si usted no participa en uno de estos programas, cada uno de los miembros adultos que vive en su casa debe proporcionar comprobantes de ingreso. Los comprobantes de ingreso incluyen todos los beneficios en efectivo y en especie que haya recibido, con inclusión de todo tipo de apoyo económico.

Por favor devuelva toda la documentación en el sobre adjunto O https://care.sdge.com/heatcare_internetenrollment/index.html dentro de un plazo no mayor de 90 días o se le suspenderá el descuento.

Nota: Para su protección, favor de obscurecer números de seguro social y/o números de cuenta bancaria en todas las copias.

Si tiene dudas, por favor envíe un mensaje por correo electrónico a billdiscount@sdge.com o llame al 1-800-560-5551. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a nuestro número TDD/TTY al 1-877-889-7343.

Número de personas en el hogar	1-2	3	4	5	6	7	8	Por cada persona adicional, añada
Ingreso anual que cumple con los requisitos	\$32,480	\$40,840	\$49,200	\$57,560	\$65,920	\$74,280	\$82,640	\$8,360

Tipo de ingreso	Documentos que se requiere presentar (Tal vez se le pidan documentos adicionales para comprobar el ingreso.)
Programas de asistencia pública: Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos, CalFresh/SNAP, CalWORKS/TANF, Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente), LIHEAP, Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B, NSLP, TANF tribal, WIC, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Carta de notificación de acción O de beneficio/otorgamiento más reciente.
Salarios, sueldos, propinas, comisiones	Declaración Federal de Impuestos (es necesario presentar los Formularios 1099 o W-2 con la declaración de impuestos) O la Transcripción de la Declaración de Impuestos del IRS, O los dos últimos talones de pago consecutivos, O Affidávit por escrito del empleador en caso de que le paguen el salario en efectivo.
Administración del Seguro Social (SSA), Pago Suplementario del Estado (SSP), Seguro por incapacidad del Seguro Social (SSDI), pensiones y anualidades, compensación a trabajadores, beneficios por desempleo, cuidado de crianza, beneficios para veteranos.	Declaración Federal de Impuestos (es necesario presentar los Formularios 1099 o W-2 con la declaración de impuestos) O la Transcripción de la Declaración de Impuestos del IRS, O Carta de beneficios/otorgamiento, O Talones de pago, O Estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos.
Autoempleo	Declaración de ingresos que muestre los últimos ingresos trimestrales ajustados más la declaración de impuestos del año anterior (Formulario 1040 y Anexo C) O Affidávit del solicitante o contador
Ingresos por alquiler o regalías	Declaración de impuestos formulario 1040 y Anexo E en el que se muestren los ingresos por alquiler y regalías O Copia de recibos por concepto de alquiler, O Copia del contrato de alquiler en que se especifique el monto del alquiler Y affidávit de inquilino
Intereses o dividendos de ahorros o cuentas para el retiro, acciones, bonos, ganancias de capital sobre activos	Declaración Federal de Impuestos (es necesario presentar los Formularios 1099 o W-2 con la declaración de impuestos), O Transcripción de la Declaración de Impuestos del IRS, O Tres estados de cuenta bancarios consecutivos.
Indemnizaciones de seguro, finiquitos legales	Documentos del finiquito.
Pensión conyugal o alimenticia	Estado de cuenta bancario O documentos judiciales O copia del cheque
Manutención familiar o ayuda monetaria	Carta de la(s) persona(s) que brinda(n) ayuda, que incluya el nombre, domicilio, número telefónico, firma y cantidad mensual o anual de la ayuda O estados de cuenta bancarios recientes que muestren la(s) cantidad(es).
Subvenciones, becas u otra ayuda escolar	Carta de beneficios/otorgamiento O los Dos talones de pago o cheques consecutivos más recientes.
IRA/401K	Copia de los talones de cheques del cliente O copia de la carta de otorgamiento más reciente O copia del formulario 1099R del año anterior O Copia o impresión de pantalla del estado de cuenta bancario que muestre el depósito directo
Cero ingresos, estatus de no declaración u otras fuentes	Affidávit de cero ingresos O carta del IRS de no presentación de declaración de impuestos y comprobante de apoyo como se enumeró anteriormente en la parte superior en Manutención familiar o ayuda monetaria.

First & Last Name	Adult (18+)	Child (under 18)	Source of income			Documents Included (copies accepted)	
			Public Assistance	Income	Neither		
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	Y ☐	N ☐
Total people living in your household: Adults ☐ + Children (under 18) ☐ = ☐ ☐				Estimated Total Annual Income \$ _ _ _ , _ _ _			
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.							
Signature:				Date:			
E-mail Address:				Phone: () -			

Reference Account(s):{ElectricAccountNumber} {GasAccountNumber}

➔ **ALL of the following information and copies of documentation must be provided.**

.....
 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 or send email to billdiscount@sdge.com.

☐ Please remove me from the CARE program

High energy use may result in removal from the program.

{CustomerFirstName} {CustomerLastName}
 {MailingStreetAddress}

{MailingAddressCity} {MailingAddressState} {MailingAddressZipCode}

#310 04/16

Reference Account(s): {ElectricAccountNumber} { GasAccountNumber }

➔ **TODA esta información y copias de la documentación deberán presentarse.**

.....

Nombre y apellido paterno	Adulto (18 o más)	Niño (menor de 18)	Fuente de ingreso			Documentos incluidos (se aceptan copias)	
			Asistencia pública	Ingreso	Ninguno		
	A ☐	N ☐	AP ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
	A ☐	C ☐	PA ☐	I ☐	N ☐	S ☐	N ☐
Total de personas que viven en su hogar: Adultos ☐ + Niños (menores de 18 años) ☐ = ☐ ☐			Ingreso total anual estimado \$ ____ , ____				

Declaración (favor de leer y firmar en la parte inferior)

La información que proporcioné es verdadera y correcta. Convengo en proporcionar comprobantes de ingreso si se me solicitan. 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 sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma:**Fecha:****Dirección de correo electrónico:****Teléfono:** () -

➔ Si ya no reúne los requisitos necesarios 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, o envíe un mensaje por correo electrónico a billdiscount@sdge.com.

☐ Por favor quítenme del Programa CARE

Un consumo elevado de energía puede dar como resultado el que se le quite del program.

{CustomerFirstName} {CustomerLastName}

{MailingStreetAddress}

{MailingAddressCity} {MailingAddressState} {MailingAddressZipCode}