



SAVE MONEY ON YOUR SDG&E® BILL

SDG&E® assistance programs offer two programs that provide a discount to help lower your monthly energy bill:

California Alternate Rates for Energy (CARE)

The CARE program offers a monthly discount on your SDG&E bill for both gas and electric. Eligibility is based on enrollment in any of the listed public assistance programs indicated on the application form, **or** by meeting the household income qualifications, based on the number of people living in your home.

Family Electric Rate Assistance (FERA)

If you do not qualify for the CARE program, you may still qualify for the FERA Program. FERA offers a slightly lower monthly discount on electric bills for households of 3 or more people with slightly higher income ranges than CARE.

Refer to the CARE/FERA income guidelines listed below to find out if you qualify and enroll by completing the application. On your application, **please make sure to indicate:**

- All the qualifying public assistance programs from which you or someone in your household receives benefits, **or**
- Your total annual household income

Income Qualification for CARE & FERA Programs Effective June 1, 2019 – May 31, 2020		
Number in Household	CARE Program Total Annual Household Income*	FERA Program Total Annual Household Income*
1 or 2	\$33,820	Not eligible
3	\$42,660	\$42,661 - \$53,325
4	\$51,500	\$51,501 - \$64,375
5	\$60,340	\$60,341 - \$75,425
6	\$69,180	\$69,181 - \$86,475
7	\$78,020	\$78,021 - \$97,525
8	\$86,860	\$86,861 - \$108,575
Each Additional Person, add	\$8,840	\$8,840 - \$11,050

* To figure your current total gross household income, combine all money and non-cash benefits received by every person living in your home (include wages, government checks and benefits, and any other financial support).

Ways to apply:

1. Apply online at sdge.com/care
2. Call our automated enrollment number any time: 1-877-646-5525
3. Fax completed applications to 858-636-5749
4. Mail this application using the envelope provided:
Address: P.O. Box 129831
San Diego, CA 92112-9985

If you have questions, please email billdiscount@sdge.com or call 1-800-411-7343. If you are speech or hearing impaired, please call our TDD/TTY number at 1-877-889-7343.

THE FOLLOWING PROGRAMS MAY OFFER FURTHER ASSISTANCE

SDG&E's Energy Savings Assistance Program

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

**Energy Savings
Assistance Program™**

Low-Income Home Energy Assistance Program

State administered 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. Visit sdge.com/medicalbaseline or call 1-800-411-7343 for more information.

<<Customer Name>>
<<Street Address>>
<<Street Address2>>
<<City, State, Zip>>

<<Account: #####>>

{CARE/FERA QR Code}
DocumentID: {Document ID}

CARE & FERA APPLICATION

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

- You must notify SDG&E if you no longer qualify.
- If asked to verify your income, you must comply to continue with the program.
- High energy use may result in removal from the program.
- When requested, you must renew your enrollment or you will be removed from the program.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- Your SDG&E® bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- Your total current household income (all income of all persons living in your home) before deductions must be within the income levels in the chart for your household size OR your household is receiving benefits from one of the public assistance programs listed on the application in Box 2A.

1	Your Name (as it appears on your bill)			
	Home Address (street/city/zip)			
	SDG&E Account Number			
	Number of Persons in Household	<i>Adults:</i>	<i>Children:</i>	<i>Total:</i>
2 A	Public Assistance Programs You or someone in your household receives benefits from any of the following public assistance programs check all that apply. Fill out section 2A or 2B. You do not need to complete both sections.			
	<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal for Families A&B <input type="checkbox"/> CalFresh (Food Stamps)/SNAP <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only) <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance <input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) <input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF		
OR	If you checked any of the boxes in this section, skip to Section 3			
2 B	Household Income Eligibility (For CARE or FERA Programs) If your household does not participate in any of the above programs, please check all sources of household income for all members of the household and write your total income in the spaces provided.			
	<input type="checkbox"/> Wages and/or profits from self-employment <input type="checkbox"/> Unemployment benefits <input type="checkbox"/> Disability or workers' compensation payments <input type="checkbox"/> Spousal or child support <input type="checkbox"/> Pensions <input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> SSP or SSDI <input type="checkbox"/> Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts <input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements <input type="checkbox"/> Scholarships, grants or other aid for living expenses <input type="checkbox"/> Rent or royalty income <input type="checkbox"/> Cash or other income		
	Total annual household income: \$	□□□	,	□□□.00
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.			
	Signature:	Date:		
	E-mail Address:	Phone: () -		

{CARE/FERA Online App Link}



AHORRE DINERO EN LA FACTURA DE SDG&E®

Es muy fácil solicitar asistencia con los programas de SDG&E. Ofrecemos dos programas que pueden reducir su factura mensual. Si reúne los requisitos, se le inscribirá en uno de los siguientes programas:

Programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE)

El programa CARE ofrece un descuento mensual en las facturas de SDG&E a los hogares que reúnen los requisitos. El derecho a participar se basa en el ingreso total de todas las personas que viven en la casa (vea los lineamientos que aparecen más adelante) en la participación en un programa de asistencia pública que cumpla con las condiciones. En el formulario de solicitud, puede inscribirse:

- Marcando el recuadro que corresponde a la fuente de ingreso de su casa y escribiendo el monto de su ingreso anual
- Marcando todos los programas de asistencia pública que cumplen con las condiciones y de los cuales usted o alguien que vive en su casa recibe beneficios

Programa Familiar de Reducción de Tarifas Eléctricas (FERA)

Si no cumple con las condiciones para participar en el programa CARE, tal vez sí reúna los requisitos para el Programa FERA, que ofrece un descuento mensual en las facturas eléctricas a las casas con tres personas o más cuyo ingreso es ligeramente más alto que el que se requiere para CARE. Vea los Lineamientos de ingreso de FERA que aparecen a continuación para ver si reúne los requisitos e inscribese completando el formulario.

Requisitos de ingreso para los programas CARE y FERA En vigor del 1 de junio de 2019 al 31 de mayo de 2020		
Número de personas en el hogar	Programa CARE Ingreso total anual en el hogar*	Programa FERA Ingreso total anual en el hogar*
1 o 2	\$33,820	No reúne los requisitos
3	\$42,660	\$42,661 - \$53,325
4	\$51,500	\$51,501 - \$64,375
5	\$60,340	\$60,341 - \$75,425
6	\$69,180	\$69,181 - \$86,475
7	\$78,020	\$78,021 - \$97,525
8	\$86,860	\$86,861 - \$108,575
Por cada persona adicional, añade	\$8,840	\$8,840 - \$11,050

*Para calcular el actual ingreso bruto total en el hogar, combine todos los beneficios en efectivo y en especie que recibe cada una de las personas que vive en su casa (incluya salarios, cheques y beneficios de gobierno, y cualquier otro tipo de apoyo económico).

Cómo solicitarlo:

5. Presente el formulario de solicitud en línea en sdge.com/care
6. Llame a nuestro número automatizado de inscripción a cualquier hora: 1-877-646-5525
7. Envíe por fax los formularios debidamente llenados al 858-636-5749
8. Envíe por correo este formulario de solicitud usando el sobre provisto:
Domicilio: P.O. Box 129831
San Diego, CA 92112-9985

Si tiene dudas, por favor envíenos un mensaje de correo electrónico a billdiscount@sdge.com o llame al 1-800-311-7343. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a nuestro número TDD/TTY al 1-877-889-7343.

LOS SIGUIENTES PROGRAMAS PUEDEN OFRECER ASISTENCIA ADICIONAL

Energy Savings Assistance Program de SDG&E

Mejoras gratis que ahorran energía en la casa para dueños e inquilinos. Visite sdge.com/energyassistance o llame al 1-866-597-0597 para obtener más información.

**Energy Savings
Assistance Program™**

Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía

Servicios de asistencia en el pago de la factura y para hacer la casa resistente al frío añadiendo aislantes y otras cosas, administrado 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 le remitan a una agencia de la localidad.

Programa de Asignación Médica Inicial de SDG&E

Más energía a las tarifas más bajas para los clientes que tienen afecciones. Visite sdge.com/medicalbaseline o llame al 1-800-311-7343 para obtener más información.

<<Customer Name>>
 <<Street Address>>
 <<Street Address2>>
 <<City, State, Zip>>

<<Account: #####>>

{CARE/FERA QR Code} DocumentID: {Document ID}
--

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CARE Y FERA

Lineamientos del Programa (se aplican a ambos programas, CARE y FERA):

- Debe notificar a SDG&E si deja de reunir los requisitos.
- Tal vez le pidan que compruebe su ingreso.
- Un consume elevado de energía puede dar como resultado el que se le quite del programa.
- Debe renovar su inscripción cuando le sea requerido.
- No puede aparecer usted en la declaración del impuesto sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- La factura de SDG&E® debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- El ingreso total actual en el hogar (todo el ingreso de todas las personas que viven en su casa) antes de deducciones debe estar dentro de los niveles de ingreso correspondientes al número de personas en su hogar, que aparecen en la gráfica O su casa está recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública que aparecen en el formulario en el cuadro 2A.

1	Su nombre (tal como aparece en la factura)													
	Domicilio (número y calle/ciudad/código postal)													
	Número de cuenta de SDG&E													
	Número de personas en el hogar		Adultos: Niños: Total:											
2 A	Programas de asistencia pública Si usted o alguien que vive en su casa recibe beneficios de alguno de los siguientes programas de asistencia pública, marque todas las opciones que correspondan. Complete la sección 2A o 2B. No necesita completar ambas secciones.													
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CalFresh (cupones de comida)/SNAP</td> <td style="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"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF tribal</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B	<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	<input type="checkbox"/> CalFresh (cupones de comida)/SNAP	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF tribal	<input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)		
<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B	<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)													
<input type="checkbox"/> CalFresh (cupones de comida)/SNAP	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)													
<input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)													
<input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o TANF tribal													
<input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)														
O	Si usted marcó alguno de los recuadros en esta sección, pase a la Sección 3													
2 B	Requisitos de ingreso en el hogar (para los programas CARE o FERA) Si su hogar no participa en ninguno de los programa anteriores, por favor marque todas las fuentes de ingreso del hogar para todos los miembros que viven en la casa 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"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> SSP o SSDI</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro</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"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pensiones</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seguro Social</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo	<input type="checkbox"/> SSP o SSDI	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro	<input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores	<input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales	<input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia	<input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida	<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías	<input type="checkbox"/> Seguro Social
<input type="checkbox"/> Salarios y/o utilidades por autoempleo	<input type="checkbox"/> SSP o SSDI													
<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro													
<input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores	<input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales													
<input type="checkbox"/> Pensión conyugal o alimenticia	<input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida													
<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías													
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Ingreso en efectivo o de otro tipo													
Ingreso total anual en el hogar: \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .00														
3	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: () -											

{CARE/FERA Online App Link}