

# Ahorre en la factura de SDG&E®



A Sempra Energy utility

ASISTENCIA TARIFARIA RESIDENCIAL FORMULARIO  
DE SOLICITUD PARA CARE Y FERA

Su nombre

Número y calle, Apartamento, Ciudad, Código postal

Número de cuenta de SDG&E®

Teléfono de casa

Dirección de correo electrónico



## Requisitos de ingreso para los Programas CARE y FERA

\*En vigor del 1 de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019

Número de personas que viven en el hogar	Programa CARE <small>Ingreso total anual en el hogar*</small>	Programa FERA
1 - 2	\$32,920	No reúne los requisitos
3	\$41,560	\$41,561 - \$51,950
4	\$50,200	\$50,201 - \$62,750
5	\$58,840	\$58,841 - \$73,550
6	\$67,480	\$67,481 - \$84,350
7	\$76,120	\$76,121 - \$95,150
8	\$84,760	\$84,761 - \$105,950
Por cada persona adicional, añada	\$8,640	\$8,640 - \$10,800

\* Para calcular el actual ingreso bruto total en el hogar, combine todo el dinero en efectivo y beneficios no monetarios que recibe cada una de las personas que vive en su hogar.

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

1

**Información del hogar:** Favor de llenar

Número de personas en el hogar: Adultos:  + Niños:  =

**Por favor llene ya sea la sección 2A O 2B, y luego vaya a la sección 3.**

**2A****Programas de Asistencia Pública:** (para el Programa CARE únicamente):

Si usted o alguien en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas de asistencia pública, marque todos los que correspondan. Llene la sección 2A o 2B. No necesita llenar ambas secciones.

- |                                                                                                               |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos                        | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B                |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)                     | <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)      |
| <input type="checkbox"/> CalWORKS/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)                        | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)             |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> TANF Tribal                                          |
|                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)           |
|                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) |

**Si no participa en ninguno de los programas anteriores,  
por favor llene la sección 2B.**

**2B****Requisitos de ingreso en el hogar:** (para los Programas CARE o FERA)

Si su hogar no participa en un programa de asistencia pública, por favor marque todas las fuentes de ingreso del hogar para todos los miembros del hogar y escriba el ingreso total en los espacios señalados.

**Debe marcar (✓) todas las fuentes de ingreso de su hogar, como:**

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

**Ingreso total anual en el hogar:** \$  ,  .

### **3 Declaración:** (favor de leer y firmar en la parte inferior)

Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud 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 necesarios para recibir el descuento. Entiendo que si recibo algún 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 con sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

---

\* Firma del cliente

Fecha