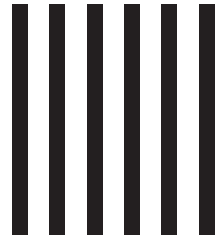


NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 1012 SAN DIEGO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



ATTN: CARE PROGRAM  
SAN DIEGO GAS & ELECTRIC  
PO BOX 129831  
SAN DIEGO CA 92112-9985

**SDG&E® - General information**  
1-800-411-7343  
[sdge.com](http://sdge.com)

**Save energy**

**Energy Savings Assistance Program**  
Free energy-saving home improvements  
1-866-597-0597  
[sdge.com/energyassistance](http://sdge.com/energyassistance)

**Energy Savings Assistance Program™**

**Home rebates**  
Rebates on energy-efficient products for your home  
1-800-644-6133  
[sdge.com/rebates](http://sdge.com/rebates)

**My energy survey**  
Free online analysis can show you ways to save  
1-800-644-6133  
[sdge.com/survey](http://sdge.com/survey)

**Get extra help**

**Level your energy bill payments every month**  
1-800-411-7343  
[sdge.com/levelpay](http://sdge.com/levelpay)

**Bill payment assistance and other community resources**  
Dial "211"  
[211sandiego.org](http://211sandiego.org)

**LIHEAP**  
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.

**Save money**

**CARE**  
Monthly discount  
1-800-411-7343  
[sdge.com/care](http://sdge.com/care)

**FERA**  
Monthly discount for households of 3 or more  
1-800-411-7343  
[sdge.com/fera](http://sdge.com/fera)

**Medical Baseline Allowance Program**  
More energy at the lowest rates for customers with medical conditions  
1-800-411-7343  
[sdge.com/medicalbaseline](http://sdge.com/medicalbaseline)

**SDG&E - Información general**  
1-800-311-7343  
[sdge.com/espanol](http://sdge.com/espanol)

**Ahorre energía**

**Energy Savings Assistance Program**  
Mejoras gratuitas que ahorran energía en el hogar  
1-866-597-0597  
[sdge.com/casa](http://sdge.com/casa)

**Energy Savings Assistance Program™**

**Reembolsos para el hogar**  
Reembolsos en productos eficientes en energía para su hogar  
1-800-644-6133  
[sdge.com/reembolsos](http://sdge.com/reembolsos)

**Análisis de mi Consumo de Energía**  
Llame al 1-800-644-6133 para obtener más información

**Ahorre dinero**

**CARE**  
Descuento mensual  
1-800-311-7343  
[sdge.com/ahorro](http://sdge.com/ahorro)

**FERA**  
Descuento mensual para hogares de 3 o más  
1-800-311-7343  
[sdge.com/ahorro](http://sdge.com/ahorro)

**Programa de Asignación Médica Inicial**  
Más energía a las tarifas más bajas para clientes con enfermedades  
1-800-311-7343  
[sdge.com/médicainitial](http://sdge.com/médicainitial)

**Obtenga ayuda adicional**

**Nivele los pagos mensuales de su factura de energía**  
Llame al 1-800-311-7343 y pregunte por el Plan de Pago Nivelado (Level Pay Plan)

**Asistencia para el pago de la factura y otros recursos de la comunidad**  
Marque "211"  
[211sandiego.org](http://211sandiego.org)

**LIHEAP**  
Servicios de asistencia para el pago de la factura y para impermeabilización, 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.



Save on your  
**SDG&E® bill.**

*Residential Rate Assistance*

Ahorre en la factura  
de **SDG&E.**

*Asistencia tarifaria residencial*

**Application/Formulario de Solicitud**



## It's easy to apply for SDG&E assistance programs. We offer two programs that may lower your monthly bill.

### California Alternate Rates for Energy (CARE)

The CARE program offers a monthly discount on SDG&E bills for qualifying households. Qualification is based on total gross income of everyone living in the home (See the income guidelines below) OR participation in a qualifying public assistance program.

### Family Electric Rate Assistance (FERA)

If you do not qualify for the CARE program, you may still qualify for the FERA Program, which offers a monthly discount on electric bills for households of 3 or more people with a slightly higher income than required for CARE. See the FERA income guidelines listed below to find out if you qualify.

## Rules for CARE and FERA participation

- You must notify SDG&E if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your income.
- High energy use may result in removal from the program.
- You must renew your enrollment when requested.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- The SDG&E® bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- Your total current household income 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.

Other ways to apply: [sdge.com/care](http://sdge.com/care) or call **211**. If you have questions or would like more information please email [billdiscount@sdge.com](mailto:billdiscount@sdge.com). For speech- or hearing-impaired customers TDD/TTY is available at **1-877-889-7343**.

INCOME QUALIFICATION FOR CARE & FERA PROGRAMS		
Number in Household	CARE Total Annual Household Income*	FERA Total Annual Household Income*
1 or 2	\$36,620	Not Eligible
3	\$46,060	\$46,061 – \$57,575
4	\$55,500	\$55,501 – \$69,375
5	\$64,940	\$64,941 – \$81,175
6	\$74,380	\$74,381 – \$92,975
7	\$83,820	\$83,821 – \$104,775
8	\$93,260	\$93,261 – \$116,575
Each Additional Person, add	\$9,440	\$9,440 – \$11,800

\*Effective June 1, 2022 - May 31, 2023

## Es fácil presentar una solicitud para los programas de asistencia de SDG&E. Ofrecemos dos programas que pueden reducir su factura mensual.

### 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. Los requisitos se basan en el ingreso total de cada una de las personas que vive en el hogar (vea las pautas de ingreso en la parte inferior) O en su participación en un programa de asistencia pública que le da derecho a participar.

### Programa Familiar de Reducción de Tarifas Eléctricas (FERA)

Si no reúne los requisitos para el programa CARE, tal vez sí reúna los requisitos para el Programa FERA, que ofrece un descuento mensual en las facturas eléctricas de los hogares con 3 o más personas cuyo ingreso es ligeramente más alto que el que se requiere para CARE. Vea las Pautas de ingreso de FERA que aparecen a continuación para averiguar si reúne los requisitos.

## Reglas de participación para CARE y FERA

- Tiene que notificar a SDG&E si ya no reúne los requisitos.
- Le pueden pedir que compruebe su ingreso.
- Un consumo elevado de energía puede dar como resultado el que se le quite del programa.
- Debe renovar su solicitud 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 el domicilio debe ser su residencia principal.
- El ingreso total actual en el hogar, antes de deducciones, debe estar dentro de los niveles de ingreso correspondientes al número de personas que viven en su casa y que aparecen en el cuadro O su hogar debe estar recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública indicados en el cuadro 2A del formulario.

Otras formas de solicitar: [sdge.com/ahorro](http://sdge.com/ahorro) o llamando al **211**. Si tiene preguntas o desea obtener más información, por favor envíe un mensaje a [billdiscount@sdge.com](mailto:billdiscount@sdge.com). Para los clientes con problemas auditivos o del habla, hay TDD/TTY llamando al **1-877-889-7343**.

REQUISITOS DE INGRESO PARA LOS PROGRAMAS CARE Y FERA		
Número de personas que viven en el hogar	CARE Ingreso total anual en el hogar*	FERA Ingreso total anual en el hogar*
1 o 2	\$36,620	No reúne los requisitos
3	\$46,060	\$46,061 – \$57,575
4	\$55,500	\$55,501 – \$69,375
5	\$64,940	\$64,941 – \$81,175
6	\$74,380	\$74,381 – \$92,975
7	\$83,820	\$83,821 – \$104,775
8	\$93,260	\$93,261 – \$116,575
Por cada persona adicional	\$9,440	\$9,440 – \$11,800

\*En vigor del 1 de junio de 2022 al 31 de mayo de 2023

Your Name Su nombre Home Telephone Teléfono de casa

Home Address, Apartment, City, Zip Code Número y calle, Apartamento, Ciudad, Código postal Mobile Phone Teléfono móvil

SDG&E Account Number Número de cuenta de SDG&E Email Address Dirección de correo electrónico

1

**Household Information:** Please complete

Number of persons in your household: Adults:  + Children:  =

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

2A

**Public Assistance Programs:** (For CARE Program Only)

If 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"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance               | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal for Families A & B       |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) | <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)       |
| <input type="checkbox"/> CalWORKS/Temporary Assistance for Needy Families (TANF)   | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)         |
| <input type="checkbox"/> Low-income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)        | <input type="checkbox"/> Tribal TANF                                |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> Women, Infants, and Children Program (WIC) |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)   |

OR  
O

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

2B

**Household Income Eligibility:** (For CARE or FERA Programs)

If your household does not participate in a public assistance program, **please check all sources of household income for all members of the household** and write the total income in the spaces provided.

- |                                                                       |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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                                                  |

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.

How would you like to be contacted?  Email  Mail

\*

Customer Signature Firma del cliente

Date Fecha

**Información de su hogar:** Favor de llenar

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

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

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

**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.

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

Ingreso total anual en el hogar: \$ ,

**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.

¿Cómo le gustaría que lo contactáramos?  Correo electrónico  Correo

SOURCE CODE EMPLOYEE ID

No Staples No Engrape

Fold, Moisten and Seal Doble, Humedezca y Selle

No Tape No Use Cinta Adhesiva