

Application for California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

Solicitud del Programa de Tarifas Alternativas para Energía de California (CARE)

Get a discount on your gas bill!

CARE provides a 20% discount on your gas bill every month for income-qualified customers. This discount is available for your primary residence only. The Southwest Gas bill must be in your name. You may not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse's. You will need to renew your application every two years or when requested by Southwest Gas.

Qualification for the CARE Program is based on your household income and household size. Review the chart below, and if you think you may qualify, complete and return this application.

¡Obtenga un descuento en su factura de gas!

CARE ofrece un 20% de descuento en su factura de gas natural cada mes para clientes que califican por sus ingresos. Este descuento está disponible para su residencia primaria solamente. La cuenta de Southwest Gas debe estar a su nombre. Usted no puede ser reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona excepto la de su esposo. Tiene que renovar su solicitud cada dos años o cuando Southwest Gas lo solicite.

La calificación para del Programa de CARE está basada en el total de ingreso y de personas que viven en su hogar. Revise la tabla a continuación y si cree que usted puede calificar, complete y envíe esta solicitud.

CARE Program Income Requirements (effective June 1, 2018 through May 31, 2019)

Requisitos de Ingreso del Programa de CARE (vigente a partir del 1º de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019)

Total combined gross annual household income (from ALL sources)
Total de ingreso bruto anual combinado de TODAS las fuentes

Number of persons living in my home Número de personas que viven en mi hogar	1-2	3	4	5	6	7	8
	\$32,920	\$41,560	\$50,200	\$58,840	\$67,480	\$76,120	\$84,760

For each additional person, add \$8,640.
Para cada persona adicional, añada \$8,640.

Entire application must be completed and signed. Please print clearly.

The definition of "gross (before taxes) household income" is all money and noncash benefits available for living expenses from all sources, both taxable and nontaxable, before deductions, including expenses, for all people who live in your home.

This includes, but is not limited to, the following (please check (✓) ALL that apply):

Debe completar toda la solicitud y firmarla. Por favor escriba claramente.

La definición de "ingreso bruto (antes de los impuestos) del ingreso total del hogar" es todo el dinero y los beneficios monetarios disponibles para los gastos de manutención provenientes de todas las fuentes, sujeto a impuestos y exento de impuestos, antes de las deducciones, incluyendo los gastos, para todas las personas que viven en su hogar.

Esto incluye, pero no se limita, a lo siguiente (por favor marque (✓) TODAS que apliquen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wages or profit from self-employment
Sueldos o ingreso por trabajo independiente | <input type="checkbox"/> Pensions
Pensiones | <input type="checkbox"/> Social Security/SSDI/SSI/SSP
Seguro Social/SSDI/SSI/SSP |
| <input type="checkbox"/> Disability or Workers' Compensation payments
Pagos por incapacidad o Compensación Laboral | <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Cash and/or other income
Dinero efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="checkbox"/> Scholarships/grants/aid used for living expenses
Becas, subsidios u otra ayuda usada para gastos de manutención | <input type="checkbox"/> Unemployment benefits
Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Spousal or child support
Pensión de cónyuge o para niños |
| <input type="checkbox"/> Interest/dividends from: savings, stocks, bonds, or retirement accounts
Intereses/dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o jubilación | <input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements
Acuerdos de seguros o legales | <input type="checkbox"/> Rental/Royalty income
Ingreso por renta o regalías |

Total combined gross annual household income:
Ingreso bruto total anual de mi hogar:

\$, . per year (por año)

Number of persons living in my household:
Número de personas que viven en mi hogar:

+ = Total

Adults (Adultos) + Children (Niños)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Your name (as shown on Southwest Gas bill) Su nombre (como aparece en la cuenta de Southwest Gas)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Your home / gas service address (include apartment or space number)

Dirección de su domicilio / servicio de gas (incluya el número del apartamento o espacio)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

City Ciudad

State Estado ZIP Code Código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Southwest Gas account number
 Número de cuenta de servicio de Southwest Gas

Contact phone number
 Número de teléfono

I certify that the information I have provided in this application is true and correct. I understand that Southwest Gas reserves the right to verify my household income and I agree to provide proof of income, if asked. I agree to inform Southwest Gas within 30 days if I no longer qualify to receive the CARE discount. I understand that if I receive the CARE discount without meeting the qualifications I may be required to pay back the CARE discount I received. I understand that Southwest Gas can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es veraz y correcta. Entiendo que Southwest Gas se reserva el derecho de verificar los ingresos de mi hogar y estoy de acuerdo en proporcionar prueba de los ingresos si me lo solicitan. Acuerdo informar a Southwest Gas dentro de 30 días si dejo de reunir los requisitos para recibir el descuento de CARE. Entiendo que si recibo el descuento del CARE sin reunir los requisitos para el mismo se me puede solicitar que pague el descuento de CARE recibido. Entiendo que Southwest Gas puede compartir mi información con otras empresas de servicios o sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

Signature Firma

Date Fecha

Please moisten and seal. Do not use tape. Do not staple.
 Por favor humedezca y selle. No use cinta adhesiva. No use grapas.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



SOUTHWEST GAS
 smarter > greener > better

CARE

Application for California Alternate Rates for Energy

Solicitud del Programa de Tarifas Alternativas para Energía de California

- Get a **DISCOUNT** on your gas bill and **SAVE MONEY!**
- Check inside to see if you qualify. Enrolling is easy!
- ¡Reciba un **DESCUENTO** en su factura de gas y **AHORRE DINERO!**
- Lea la información incluida para saber si califica. ¡La inscripción es fácil!



SOUTHWEST GAS
smarter > greener > better

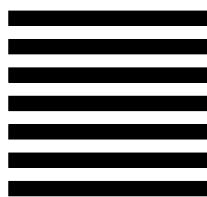
Form 902.06 / 7000 (2017-2018)



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 478 LAS VEGAS NV

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



**ATTN: CARE
SOUTHWEST GAS CORPORATION
PO BOX 1498
VICTORVILLE CA 92393-1498**



This application may also be completed online at:

Esta solicitud también puede ser completada en línea al: swgas.com/caassist

For more information visit swgas.com or call:

Para más información visite swgas.com o llame al:

Customer Assistance (877) 860-6020

Asistencia para el cliente

Hearing Impaired 711

Para impedidos de audición

OTHER ASSISTANCE PROGRAMS AND SERVICES

Whether you own or rent your residence, the **Energy Savings Assistance Program** is a great way to increase the energy efficiency of your home. It provides income-qualified customers with money-saving improvements at no cost.

EPP Billing - Your monthly bill will be averaged out to allow you to budget your energy costs and eliminate big payment swings.

Medical Baseline - If you depend on life-support or other equipment due to medical needs, you may be eligible for additional energy at the lowest price through the Medical Baseline Program.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) - If you spend a high percentage of your income on energy bills, you may be eligible to receive financial assistance and weatherproofing services through this program administered by the California Department of Community Services and Development 866.675.6623.

Universal Lifeline Telephone Service (ULTS) - Get discounted telephone access when you meet similar income guidelines as the CARE Program. To learn more, contact your local phone service provider.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS ÚTILES

Independientemente de si su residencia es de su propiedad o rentada, el programa de Asistencia para Ahorro de Energía (**Energy Savings Assistance**) es una excelente manera de aumentar la eficiencia energética de su hogar. Les brinda a los clientes que reúnen los requisitos por sus ingresos mejoras que permiten ahorrar dinero sin costo alguno.

Programa EPP - Se basa en el promedio de su factura mensual para que usted maneje sus costos de energía, y elimine grandes variaciones de pago.

Medical Baseline - Si debido a necesidades médicas usted depende de equipos de soporte vital o de otro tipo de equipos, usted podría ser elegible para obtener energía adicional al precio base más bajo a través del Programa Medical Baseline.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) - Si usted destina un alto porcentaje de su ingreso al pago de las facturas de energía, podría reunir las condiciones para recibir asistencia económica y servicios de aislamiento térmico a través de este programa administrado por el California Department of Community Services and Development 866.675.6623.

Universal Lifeline Telephone Service (ULTS) - Obtenga acceso telefónico a bajo precio cuando reúna los requisitos de ingreso similares al Programa CARE. Para más información, contacte a su compañía local de teléfonos.