

# CARE Program Application for Master-Meter Tenants

## Solicitud del Programa CARE para arrendatarios con medidor maestro

### Get a discount on your gas bill!

CARE provides a 20% discount on your monthly gas bill for income-qualified master-meter tenants. 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 entire application.

### ¡Obtenga un descuento en su factura de gas!

CARE ofrece un 20% de descuento en su factura de gas natural cada mes para arrendatarios con medidor maestro. La Calificación para el programa 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)

Number of persons living in my home Número de personas que viven en mi hogar	Total combined gross annual household income (from ALL sources) Total de ingreso bruto anual combinado de TODAS las fuentes						
	1-2	3	4	5	6	7	8
	\$32,920	\$41,560	\$50,200	\$58,840	\$67,480	\$76,120	\$84,760
<b>For each additional person, add \$8,640. Para cada persona adicional, añada \$8,640.</b>							

#### 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 no 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<br>Sueldos o ingreso por trabajo independiente  | <input type="checkbox"/> Pensions<br>Pensiones   | <input type="checkbox"/> Social Security/SSDI/SSI/SSP<br>Seguro Social/SSDI/SSI/SSP     |
| <input type="checkbox"/> Disability or Workers' Compensation payments<br>Pagos por incapacidad o Compensación Laboral   | <input type="checkbox"/> TANF  | <input type="checkbox"/> Cash and/or other income<br>Dinero efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="checkbox"/> Scholarships/grants/aid used for living expenses<br>Becas, subsidios u otra ayuda usada para gastos de manutención                                   | <input type="checkbox"/> Unemployment benefits<br>Beneficios de desempleo                | <input type="checkbox"/> Spousal or child support<br>Pensión de cónyuge o para niños    |
| <input type="checkbox"/> Interest/dividends from: savings, stocks, bonds, or retirement accounts<br>Intereses/dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o jubilación | <input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements<br>Acuerdos de seguros o legales | <input type="checkbox"/> Rental/Royalty income<br>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)

#### TENANT INFORMATION (INFORMACION DEL INQUILINO)

Your name (Su nombre)

Home address - include apartment or space number (Dirección de su domicilio - incluya el número del apartamento o espacio)

        -   -  

City (Ciudad) State (Estado) ZIP code (Código postal) Contact phone number (Número de teléfono)

#### FACILITY LANDLORD OR MANAGER INFORMATION (INFORMACION DEL ADMINISTRADOR O PROPIETARIO)

        -   -  

Facility name (Nombre de la vivienda) Contact phone number (Número de teléfono)

Facility address (Dirección de la vivienda)

        -   -  

City (Ciudad) State (Estado) ZIP code (Código postal)

I certify that the information I have provided in this application is true and correct. I understand the energy bill from my landlord must be in my name. I am not claimed on another person's income tax return. I will renew my application every two years or when requested by Southwest Gas. I understand that I will receive the discount from my landlord or manager beginning with the first regular billing after Southwest Gas notifies my landlord or manager that my completed application has been processed and approved. 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 la factura de energía de mi propietario debe estar a mi nombre. No se me reclama en los impuestos de ingresos de otra persona. Renovaré mi solicitud cada dos años o cuando me lo solicite Southwest Gas. Entiendo que recibiré el descuento de mi administrador o propietario empezando con la primera facturación regular después de que Southwest Gas notifique mi administrador o propietario que mi solicitud ha sido completada, procesada, y aprobada. 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

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

Form 902.16 (03/2018) 105 Front

Date Fecha

Internal Source Code



**SOUTHWEST GAS**  
smarter > greener > better

# CARE

## Application for California Alternate Rates for Energy

Solicitud del Programa de Tarifas Alternativas para Energía de California



Program Application for **MASTER-METER TENANTS**  
Solicitud del Programa para arrendatarios con medidor maestro

• 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 902.16 / 7000 (2017-2018)

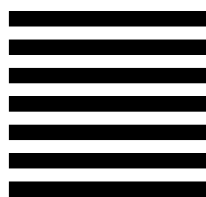


### BUSINESS REPLY MAIL

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**



### For more information visit [swgas.com](http://swgas.com) or call:

Para más información visite [swgas.com](http://swgas.com) o llame al:

**Customer Assistance** ..... (877) 860-6020  
Asistencia para el cliente

**Hearing Impaired** ..... 711  
Para impedidos de audición

**Tenants:** To qualify for a rate discount through your facility landlord or manager, submetered tenants must meet these qualifications:

- Submetered tenants do not receive a gas bill from Southwest Gas.
- Submetered tenants receive gas service and a gas bill from their facility landlord or manager.

**Inquilinos:** Para calificar para un descuento de su administrador o propietario de la vivienda, los inquilinos de las viviendas submedidas deben tener estas calificaciones:

- Inquilinos residentes en facilidades submedidas no reciben una factura de Southwest Gas.
- Inquilinos residentes en viviendas submedidas reciben servicio de gas natural y una factura de gas natural de su administrador o propietario.

#### Other Assistance Programs You May Qualify For:

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.

**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 Servicios Para Los Que Podría Calificar:

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.

**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.

*Please moisten and seal. No postage necessary.  
Do not use tape. Do not staple.*

*Por favor humedezca y selle. No se requiere estampilla.  
No use cinta adhesiva. No use grapas.*