



YOUR MONTHLY DISCOUNT IS ABOUT TO EXPIRE RENEW TODAY

{DateLetterGenerated}

{CustomerFirstName} {CustomerLastName}
{MailingStreetAddress}
{MailingAddressCity}, {MailingAddressState} {MailingAddressZipCode}

Dear CARE Customer,

You're currently enrolled in one of our programs that provides a discount on your SDG&E® monthly bill. At this time we're asking you to renew your eligibility for the program. **Completing the renewal process is required in order to continue receiving your monthly discount.** Here's a quick recap of the programs we offer:

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 to renew your application. When you apply, **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, 2017 – May 31, 2018		
Number in Household	CARE Program	FERA Program Total Annual Household Income*
1 or 2	\$32,480	Not eligible
3	\$40,840	\$40,841 - \$51,050
4	\$49,200	\$49,201 - \$61,500
5	\$57,560	\$57,561 - \$71,950
6	\$65,920	\$65,921 - \$82,400
7	\$74,280	\$74,281 - \$92,850
8	\$82,640	\$82,641 - \$103,300
Each Additional Person, add	\$8,360	\$8,360 - \$10,450

* 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).

How to renew:

1. Apply online at sdge.com/care (Our website will state a "renewal" enrollment as "New")
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.

California Lifeline / ULTS

Discounted telephone access to customers meeting similar income guidelines as CARE. For more information on this service please contact your local telephone service provider.

Estimado cliente:

Actualmente está inscrito en uno de nuestros programas, que le brinda un descuento en la factura de SDG&E®. En este momento estamos pidiéndole que renueve su derecho a participar en el programa. Se requiere completar el proceso de renovación para continuar recibiendo su descuento mensual. He aquí cómo renovar su inscripción:

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 a continuación) **O** en la participación en un programa de asistencia pública que cumpla con las condiciones. Para inscribirse, use el formulario de solicitud y:

- Marque el recuadro que corresponde a la fuente de ingreso de su casa y escriba el monto de su ingreso anual
- O**
- Marque 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 participar en el Programa FERA, que ofrece un descuento mensual en las facturas eléctricas a las casas de tres personas o más con un ingreso 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 2017 al 31 de mayo de 2018		
Número de personas en el hogar	Programa CARE	Programa FERA
	Ingreso total anual en el hogar*	
1 o 2	\$32,480	No reúne los requisitos
3	\$40,840	\$40,841 - \$51,050
4	\$49,200	\$49,201 - \$61,500
5	\$57,560	\$57,561 - \$71,950
6	\$65,920	\$65,921 - \$82,400
7	\$74,280	\$74,281 - \$92,850
8	\$82,640	\$82,641 - \$103,300
Por cada persona adicional, añada	\$8,360	\$8,360 - \$10,450

*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:

1. Presente el formulario de solicitud en línea en sdge.com/care
2. Llame a nuestro número automatizado de inscripción a cualquier hora: 1-877-646-5525
3. Envíe por fax los formularios debidamente llenados al 858-636-5749
4. 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 envíe un mensaje por 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 tengan afecciones. Visite sdge.com/medicalbaseline o llame al 1-800-311-7343 para obtener más información.

California Lifeline / ULTS

Acceso a servicio telefónico con descuento para clientes que reúnan requisitos de ingreso similares a los de CARE. Para obtener más información sobre este servicio, por favor comuníquese con el proveedor de servicio telefónico de su localidad.

Reference Account(s): {ElectricAccountNumber} {GasAccountNumber}

Office use Only

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

- 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.
- If you do not enroll when requested, you will be removed from the program.
- 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 (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.

☐ Please remove me from the CARE Program.

If you no longer qualify, or you no longer wish to participate, please check this box, sign and date this form, and return in the postage-paid envelope.

1	Household Information Please enter the number of persons in your household Adults + Children =												
2A O R	Public Assistance Programs 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. <table border="0"><tr><td>☐ Medicaid/Medi-Cal for Families A&B</td><td>☐ National School Lunch Program (NSLP)</td></tr><tr><td>☐ CalFresh (Food Stamps)/SNAP</td><td>☐ Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</td></tr><tr><td>☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)</td><td>☐ Supplemental Security Income (SSI)</td></tr><tr><td>☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance</td><td>☐ CalWORKs(TANF) or Tribal TANF</td></tr><tr><td>☐ Women, Infants and Children (WIC)</td><td></td></tr></table> If you checked any of the boxes in this section, skip to Section 3	☐ Medicaid/Medi-Cal for Families A&B	☐ National School Lunch Program (NSLP)	☐ CalFresh (Food Stamps)/SNAP	☐ Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)	☐ Supplemental Security Income (SSI)	☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance	☐ CalWORKs(TANF) or Tribal TANF	☐ Women, Infants and Children (WIC)			
☐ Medicaid/Medi-Cal for Families A&B	☐ National School Lunch Program (NSLP)												
☐ CalFresh (Food Stamps)/SNAP	☐ Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)												
☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)	☐ Supplemental Security Income (SSI)												
☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance	☐ CalWORKs(TANF) or Tribal TANF												
☐ Women, Infants and Children (WIC)													
2B	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. <table border="0"><tr><td>☐ Wages and/or profits from self-employment</td><td>☐ SSP or SSDI</td></tr><tr><td>☐ Unemployment benefits</td><td>☐ Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts</td></tr><tr><td>☐ Disability or workers' compensation payments</td><td>☐ Insurance or legal settlements</td></tr><tr><td>☐ Spousal or child support</td><td>☐ Scholarships, grants or other aid for living expenses</td></tr><tr><td>☐ Pensions</td><td>☐ Rent or royalty income</td></tr><tr><td>☐ Social Security</td><td>☐ Cash or other income</td></tr></table> Total annual household income: \$, .00	☐ Wages and/or profits from self-employment	☐ SSP or SSDI	☐ Unemployment benefits	☐ Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts	☐ Disability or workers' compensation payments	☐ Insurance or legal settlements	☐ Spousal or child support	☐ Scholarships, grants or other aid for living expenses	☐ Pensions	☐ Rent or royalty income	☐ Social Security	☐ Cash or other income
☐ Wages and/or profits from self-employment	☐ SSP or SSDI												
☐ Unemployment benefits	☐ Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts												
☐ Disability or workers' compensation payments	☐ Insurance or legal settlements												
☐ Spousal or child support	☐ Scholarships, grants or other aid for living expenses												
☐ Pensions	☐ Rent or royalty income												
☐ Social Security	☐ Cash or other income												
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. <table border="0"><tr><td>Signature:</td><td>Date:</td></tr><tr><td>E-mail Address:</td><td>Phone: ()</td></tr></table>	Signature:	Date:	E-mail Address:	Phone: ()								
Signature:	Date:												
E-mail Address:	Phone: ()												

{CustomerFirstName} {CustomerLastName}
{MailingStreetAddress}
{MailingAddressCity}, {MailingAddressState} {MailingAddressZipCode}

142-732/3 #315

- 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.
- Si no se inscribe cuando se le pide que lo haga, se le retirara del programa.
- No puede aparecer 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 su 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 debe estar recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública que aparecen en el cuadro 2A del formulario.

Si ya no reúne los requisitos necesarios o ya no quiere participar en el programa, por favor marque este recuadro, firme y feche este formulario y devuélvalo en el sobre con porte pagado provisto:

1	Información del hogar Por favor escriba el número de personas que viven en su hogar Adultos + Niños = 				
2 A O	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. Llene la sección 2A o 2B. No necesita completar ambas secciones. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B ☐ CalFresh (cupones de comida)/SNAP ☐ Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) ☐ Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos ☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) ☐ Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ CalWORKs (TANF) o TANF tribal </td> </tr> </table> Si usted marcó alguno de los recuadros en esta sección, pase a la Sección 3	☐ Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B ☐ CalFresh (cupones de comida)/SNAP ☐ Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) ☐ Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos ☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) ☐ Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ CalWORKs (TANF) o TANF tribal		
☐ Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B ☐ CalFresh (cupones de comida)/SNAP ☐ Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente) ☐ Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos ☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) ☐ Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP) ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ CalWORKs (TANF) o TANF tribal				
2 B	Requisitos de ingreso en el hogar (para poder participar en los programas CARE o FERA) Si su hogar no participa en ninguno de los programas 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 señalados. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Salarios o utilidades por autoempleo ☐ Beneficios de desempleo ☐ Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores ☐ Pensión conyugal o alimenticia ☐ Pensiones ☐ Seguro Social </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ SSP o SSDI ☐ Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro ☐ Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales ☐ Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida ☐ Ingresos por alquiler o regalías ☐ Ingreso en efectivo o de otro tipo </td> </tr> </table> Ingreso total anual en el hogar: \$, .00	☐ Salarios o utilidades por autoempleo ☐ Beneficios de desempleo ☐ Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores ☐ Pensión conyugal o alimenticia ☐ Pensiones ☐ Seguro Social	☐ SSP o SSDI ☐ Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro ☐ Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales ☐ Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida ☐ Ingresos por alquiler o regalías ☐ Ingreso en efectivo o de otro tipo		
☐ Salarios o utilidades por autoempleo ☐ Beneficios de desempleo ☐ Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores ☐ Pensión conyugal o alimenticia ☐ Pensiones ☐ Seguro Social	☐ SSP o SSDI ☐ Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro ☐ Indemnizaciones de seguro o finiquitos legales ☐ Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida ☐ Ingresos por alquiler o regalías ☐ Ingreso en efectivo o de otro tipo				
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. <table style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Firma:</td> <td style="width: 50%;">Fecha:</td> </tr> <tr> <td>Dirección de correo electrónico:</td> <td>Teléfono: ()</td> </tr> </table>	Firma:	Fecha:	Dirección de correo electrónico:	Teléfono: ()
Firma:	Fecha:				
Dirección de correo electrónico:	Teléfono: ()				