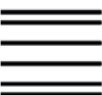
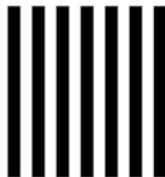


NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**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)

#### Home 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

#### Make arrangements to pay your outstanding bill

1-800-411-7343  
[sdge.com/customer](http://sdge.com/customer)

#### Bill payment assistance and other community resources

Dial "211"  
[211sandiego.org](http://211sandiego.org)

#### LIHEAP

State-funded 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.

#### California Lifeline

Discounted telephone service. Call your service provider.  
[cpuc.ca.gov](http://cpuc.ca.gov)

If you have any questions or would like more information about customer assistance, please email [billdiscount@sdge.com](mailto:billdiscount@sdge.com) or call us at 1-800-411-7343. For speech- or hearing-impaired customers, TDD/TTY is available 24/7 at 1-877-889-7343.

### Save money

#### CARE

Up to 35% monthly savings  
1-800-411-7343  
[sdge.com/care](http://sdge.com/care)

#### FERA

Electricity within certain usage levels is billed at a lower rate  
1-800-411-7343  
[sdge.com/fera](http://sdge.com/fera)

#### Medical Baseline

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 para ahorrar energía en casa  
1-866-597-0597  
[sdge.com/energiaasistencia](http://sdge.com/energiaasistencia)

#### Energy Savings Assistance Program™

.....

#### Programas de reembolso

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

#### Estudio de la energía en casa

Análisis gratuito en línea que puede mostrarle formas de ahorrar  
1-800-644-6133  
[sdge.com/sp/perfildeenergia](http://sdge.com/sp/perfildeenergia)

### Obtenga ayuda adicional

#### Haga arreglos para pagar sus facturas pendientes

1-800-311-7343  
[sdge.com/customer](http://sdge.com/customer)

#### Asistencia para el pago de la factura y otros recursos comunitarios

Marque "211"  
[211sandiego.org](http://211sandiego.org)

#### LIHEAP

Asistencia para el pago de la factura y servicios de protección del hogar contra los agentes atmosféricos, financiados 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 lo remitan a una agencia de su localidad.

#### California Lifeline

Servicio telefónico con descuento. Llame a su proveedor de servicio.  
[cpuc.ca.gov](http://cpuc.ca.gov)

Si tiene alguna duda o si desea obtener más información sobre asistencia al cliente, por favor envíe un mensaje por correo electrónico a [billdiscount@sdge.com](mailto:billdiscount@sdge.com) o llámenos al 1-800-311-7343. Para los clientes con problemas auditivos o del habla, hay TDD/TTY a su disposición 24 horas al día, siete días a la semana llamando al 1-877-889-7343.

### Ahorre dinero

#### CARE

Hasta el 35% de ahorro mensual  
1-800-311-7343  
[sdge.com/sp/care](http://sdge.com/sp/care)

#### FERA

La electricidad dentro de ciertos niveles de consumo se factura a una tarifa más baja  
1-800-311-7343  
[sdge.com/sp/fera](http://sdge.com/sp/fera)

#### Asignación Médica Inicial

Más energía a las tarifas más bajas para clientes con afecciones  
1-800-311-7343  
[sdge.com/medicainicial](http://sdge.com/medicainicial)



# Save up to 35% on your SDG&E® bill.

Residential Rate Assistance

# Ahorre hasta el 35% en su 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.**

If you qualify, you will be enrolled in only one of the following programs.

**Up to 35% monthly savings**

Customers enrolled in California Alternate Rates for Energy (CARE) program may save up to 35% on their bill every month.

**A lower rate on electricity**

Customers enrolled in the Family Electric Rate Assistance (FERA) program are billed at a lower rate for electricity within certain levels of usage. The FERA program is only open to households with three (3) or more.

If you believe that you qualify for SDG&E's CARE or FERA program, please complete the enclosed application. Fold, seal and drop in the mail, or fax to 858-636-5749. If you prefer, you can also apply online at [sdge.com/care](http://sdge.com/care) or call our automated enrollment number at 1-877-646-5525. Please have your account number.

**Rules for participation**

Applies to both the CARE and FERA programs

- The SDG&E bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- You must notify SDG&E if you no longer qualify.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- Your household is receiving benefits from one of the public assistance programs listed in 2A, or your total current household income (all income of all persons living in your home) – before deductions – is no more than the income level listed.
- You must renew your application when requested.
- You may be asked to verify your income.

MAXIMUM ALLOWABLE ANNUAL INCOME*		
Number of Persons Living in Your Home	CARE	FERA
1	\$ 22,340	Not Eligible
2	\$ 30,260	Not Eligible
3	\$ 38,180	\$38,181 – \$47,725
4	\$ 46,100	\$46,101 – \$57,625
5	\$ 54,020	\$54,021 – \$67,525
6	\$ 61,940	\$61,941 – \$77,425
7	\$ 69,860	\$69,861 – \$87,325
8	\$ 77,780	\$77,781 – \$97,225
<b>Each Additional Person</b>	<b>+\$7,920</b>	<b>+\$7,920 – \$9,900</b>

\*Effective June 1, 2012 to May 31, 2013

**¡Es fácil solicitar los programas de asistencia de SDG&E®! Ofrecemos dos programas que pueden reducir su factura mensual.**

Si reúne los requisitos, quedará inscrito únicamente en uno de los siguientes programas.

**Hasta el a 35% de ahorro mensual**

Los clientes inscritos en el programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) pueden ahorrar hasta el a 35% en su factura cada mes.

**Una tarifa eléctrica más baja**

A los clientes inscritos en el Programa Familiar de Reducción de Tarifas Eléctricas (FERA) se les factura a una tarifa más baja por la electricidad dentro de ciertos niveles de consumo. El programa FERA es únicamente para hogares de tres (3) o más personas.

Si cree que reúne los requisitos para el programa CARE o FERA de SDG&E, por favor llene el formulario de solicitud que se adjunta. Dóblelo, séllelo y póngalo en el correo, o envíelo por fax al 858-636-5749. Si lo prefiere, también puede solicitarlo por Internet en [sdge.com/sp/care](http://sdge.com/sp/care) o llame a nuestro número de inscripción automatizada: 1-877-646-5525. Por favor tenga su número de cuenta.

**Reglas de participación**

Aplica para ambos programas, CARE y FERA

- La factura de SDG&E debe estar a su nombre y el domicilio debe ser su residencia principal.
- Debe notificar a SDG&E si deja de reunir los requisitos.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración del impuesto sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública que aparecen en la sección 2A, o el actual ingreso total en el hogar (todo el ingreso de todas las personas que viven en su casa) – antes de deducciones – no es mayor que el nivel de ingreso correspondiente.
- Debe renovar su solicitud cuando se le solicite.
- Tal vez le pidan que verifique su ingreso.

INGRESO ANUAL MÁXIMO PERMISIBLE*		
Número de personas que viven en su casa	CARE	FERA
1	\$ 22,340	No reúne los requisitos
2	\$ 30,260	No reúne los requisitos
3	\$ 38,180	\$38,181 – \$47,725
4	\$ 46,100	\$46,101 – \$57,625
5	\$ 54,020	\$54,021 – \$67,525
6	\$ 61,940	\$61,941 – \$77,425
7	\$ 69,860	\$69,861 – \$87,325
8	\$ 77,780	\$77,781 – \$97,225
<b>Por cada persona adicional</b>	<b>+\$7,920</b>	<b>+\$7,920 – \$9,900</b>

\*Vigente del 1 de junio de 2012 al 31 de mayo de 2013

**CARE & FERA Application**

**Formulario de Solicitud CARE y FERA**

PLEASE PRINT CLEARLY / POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

Your Name Su nombre Home Telephone Teléfono de casa

Home Address, Apartment, City, Zip Code Domicilio, Apartamento, Ciudad, Código postal Email Address Dirección de correo electrónico

SDG&E Account Number Número de cuenta de SDG&E

**1 Household Information:** Please complete **Información de su hogar:** Favor de llenar

Number of persons in your household: Adults:  + Children:  =  Número de personas en su hogar: Adultos:  + Niños:  =

Please complete either section 2A OR 2B, then go to section 3 Favor de llenar la sección 2A O la 2B, y pasar después a la sección 3

**2A Public Assistance Programs: Programas de Asistencia Pública:**

If your household receives benefits from any of the following programs, please indicate which ones by checking (✓) the box, then SKIP 2B. Si su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas, por favor indique cuáles marcando (✓) el recuadro, y luego SÁLTESE LA SECCIÓN 2B.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal - Under 65 | <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)    | <input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal - Over 65  | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)                 |
| <input type="checkbox"/> Healthy Families A & B       | <input type="checkbox"/> Women, Infants and Children program (WIC)   | <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF                     |
| <input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Food Stamps)  | <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)        |   |

**OR**

**2B Household Income Eligibility:** (skip if you filled out section 2A)

Please (1) fill in the square for all sources of income in your household and then (2) write in your total current household income before deductions in the spaces provided:

**You must check (✓) all sources of your household's income, including:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wages and/or profits from self employment    | <input type="checkbox"/> Scholarships, grants or other aid for living expenses                 |
| <input type="checkbox"/> Rent or royalty income                       | <input type="checkbox"/> Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts |
| <input type="checkbox"/> Pensions                                     | <input type="checkbox"/> Spousal or child support  |
| <input type="checkbox"/> Social Security                              | <input type="checkbox"/> Insurance or legal settlements  |
| <input type="checkbox"/> SSP or SSDI                                  | <input type="checkbox"/> Cash or other income  |
| <input type="checkbox"/> Disability or workers' compensation payments |  |
| <input type="checkbox"/> Unemployment benefits                        |  |

Total annual household income: \$ ,    .

**Elegibilidad por ingresos en el hogar** (sálteselo si contestó la sección 2A)

Sírvase (1) marcar el recuadro de todas las fuentes de ingreso de su hogar y después (2) escriba el ingreso actual total de su hogar antes de deducciones en los espacios provistos:

**Debe marcar todas las fuentes de ingreso de su hogar, incluyendo:**

- |  |  |
|--|--|
| <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"/> Indemnizaciones de seguro o finiquitos 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 Declaration:** (please read and sign below) **Declaración:** (por favor léala y firme abajo)

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. Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Conviengo en proporcionar comprobantes de ingreso si se me solicitan. Conviengo en informar a SDG&E si dejo de reunir los requisitos para recibir el descuento. Sé que si recibí algún descuento sin reunir los requisitos para el mismo, podría requerírseme la devolución 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.



Customer Signature Firma del cliente

Date Fecha



No Staples No Engrape No Tape No Use Cinta Adhesiva No Use Moisten and Seal No Use Humedezca y Selle