



**SOUTHWEST GAS CORPORATION**

# SOLICITUD DEL PROGRAMA DE TARIFAS ALTERNATIVAS PARA ENERGIA DE CALIFORNIA (CARE)

**¡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.

**Revise la tabla a continuación y si cree que usted puede calificar, complete y envíe esta solicitud.**

## Requisitos de Ingreso del Programa CARE

**Ingreso Máximo Total:** (vigente a partir del 1º de junio de 2009 hasta el 31 de mayo de 2010)

Número de personas que viven en mi hogar	1 o 2	3	4	5	6
Total de ingreso anual combinado de TODAS las fuentes	\$30,500	\$35,800	\$43,200	\$50,600	\$58,000

Para cada persona adicional añadida \$7,400

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 mi hogar. Esto incluye, pero no se limita, a lo siguiente:

### Marque (✓) TODAS las fuentes de ingreso.

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldos o salarios  | <input type="checkbox"/> Becas, subsidios u otra ayuda  | <input type="checkbox"/> Compensación laboral | <input type="checkbox"/> Cupones de comida                        |
| <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de: cuentas de ahorro, acciones o bonos, o cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> usada para gastos de manutención   | <input type="checkbox"/> Seguro Social o SSI  | <input type="checkbox"/> Pagos de pensión de alimentos para niños |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo   | <input type="checkbox"/> Ingreso por trabajo independiente (Formulario 1040 del IRS, Declaración C, línea 29) | <input type="checkbox"/> Pensiones            | <input type="checkbox"/> Pensión de cónyuge                       |
| <input type="checkbox"/> Ingreso por renta o regalías  | <input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad  | <input type="checkbox"/> Acuerdos de seguros  | <input type="checkbox"/> Obsequios                                |
|  |   | <input type="checkbox"/> Acuerdos legales     | <input type="checkbox"/> Otros ingresos                           |
|  |   | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC)          |   |

**Ingreso total anual de mi hogar:**

\$   ,

Vea arriba el Ingreso Máximo Total.

**Número de personas que viven en mi hogar:**

+   =

Adultos                  Niños                  Totales

La calificación para el programa CARE está basada en el total de ingreso y de personas que viven en su hogar.

## SOLICITUD DE TARIFA CARE

Código de origen (Uso exclusivo de Southwest Gas)       -

### Certifico que:

- La cuenta de Southwest Gas está a mi nombre.
- No se me reclama en los impuestos de ingresos de otra persona.
- Entiendo que Southwest Gas se reserva el derecho de verificar el ingreso total de mi hogar.
- Renovaré mi solicitud cada dos años o cuando me lo solicite Southwest Gas.

**Debe completar toda la solicitud y firmarla.**

### POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Su nombre

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

Ciudad

Estado

Código Postal

-         -

Número de cuenta de servicio de Southwest Gas

Número de teléfono

Dirección postal (si es diferente de la dirección de su domicilio)

Ciudad

Estado

Código Postal

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es veraz y correcta. Acuerdo dar prueba de los ingresos si me lo solicitan. Acuerdo informar a Southwest Gas 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

Firma del Cliente

Fecha

Form 902.7SP (05/2009) 320 Front

No use cinta adhesiva

Por favor humedezca y selle

No use grapas



Get a **DISCOUNT**  
on your gas bill  
and **SAVE MONEY!**

¡Reciba un **DESCUENTO**  
en su factura de gas  
y **AHORRE DINERO!**

Check inside to see if you qualify.  
**Enrolling is easy!**

Lea la información incluida  
para saber si califica.  
**¡La inscripción es fácil!**

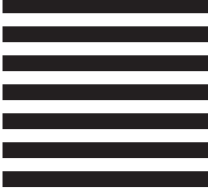
Form 902.7SP / 8000 2009-2010



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

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

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE:



ATTN CARE  
SOUTHWEST GAS CORPORATION  
PO BOX 1498  
VICTORVILLE CA 92393-9969



**Selle y envíe la solicitud completa a Southwest Gas.  
No se requiere estampilla.**

**Si tiene preguntas, por favor llame:**  
Asistencia para el cliente.....(877) 860-6020  
Para impedidos de audición..... 711

**Complete la solicitud en línea al [www.swgas.com](http://www.swgas.com)**

- Otros programas y servicios para los que podría calificar:
- **LIHEAP** (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos) proporciona ayuda con el pago de las cuentas, las cuentas en casos de emergencias y servicios para climatización. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo al **1-866-675-6623**.
  - **LIEE** (Programa de Energía Eficiente de Bajos Ingresos) ofrece mejoras al hogar que ahorran energía sin costo. Para más información, por favor llame:  
Southern California - Community Action Partnership of San Bernardino County, **1-800-635-4618**  
Northern California - Project Go, Inc. **1-866-812-5766**