

SOLICITUD DEL PROGRAMA CARE PARA INQUILINOS DE INSTALACIONES RESIDENCIALES SUBMEDIDAS

¡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.

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
	<i>Para cada persona adicional añadida \$7,400</i>				

Debe completar toda la solicitud y firmarla

Entiendo que 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.

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		Total

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

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

INFORMACION DEL INQUILINO

--	--

Su nombre

Número de teléfono

--

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

--	--	--

Ciudad

Estado

Código Postal

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

Ciudad

Estado

Código Postal

INFORMACION DEL ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

--

Nombre de la vivienda

	-		-	
--	---	--	---	--

Número de cuenta de servicio de Southwest Gas de la vivienda (si lo tiene)

Número de teléfono

--

Dirección de la vivienda

--	--	--

Ciudad

Estado

Código Postal

Certifico que he leído toda la información en los dos lados de esta solicitud y 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 y mi administrador o propietario 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 inquilino

Fecha

Source Code (Uso exclusivo de Southwest Gas) SWGC - 7500



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

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**

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.
- El ingreso total anual combinado del inquilino de la vivienda submedida no puede exceder los requisitos de ingreso (vea la tabla al reverso).

Certifico que:

- Entiendo que la factura de energía de mi propietario debe estar a mi nombre.
- Entiendo que debo notificar Southwest Gas si me mudo o excedo los requisitos de ingresos.
- No se me reclama en los impuestos de ingresos de otra persona.
- Entiendo que Southwest Gas se reserva el derecho de verificar el ingreso de mi hogar.
- 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 facturar regular después de que Southwest Gas notifique mi administrador o propietario que mi solicitud ha sido completada, procesada, y aprobada.



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



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

Solicitud del
Programa para
Inquilinos de
Instalaciones
Residenciales
Submedidas

¡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
www.swgas.com