

CARE

Solicitud del Programa de
Tarifas Alternativas para
Energía de California

¡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

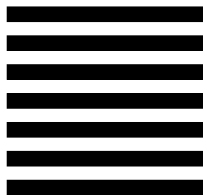
Form 902.6 SP / 7000 (2013-2014)



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 92393-9969**



Esta solicitud también puede ser completada en línea al:
www.swgas.com/care

Para más información visite www.swgas.com o llame al:

Asistencia para el cliente..... (877) 860-6020
Para impedidos de audición711

Otros programas y servicios para los que podría calificar:

El programa de Asistencia en Ahorros de Energía ofrece mejoras al hogar que ahorran energía sin costo. Para más información, por favor llame:

Sur de California -
Community Action Partnership of
San Bernardino County, **1-800-635-4618**

Norte de California -
Project Go, Inc., **1-800-655-7705**

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**.

Energy Savings
Assistance Program™

Form 902.6SP (05/2013) 320 Reverse

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

Solicitud del Programa de Tarifas Alternativas para Energía 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. La cuenta de Southwest Gas debe estar a su nombre. Usted no puede ser reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona excepto la de su esposo. Tiene que renovar su solicitud cada dos años o cuando Southwest Gas lo solicite.

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.

Requisitos de Ingreso del Programa CARE (vigente a partir del 1º de junio de 2013 hasta el 31 de mayo de 2014)

Ingreso Máximo Total (ingreso actual del hogar de todas las fuentes antes de deducciones):

Número de personas que viven en mi hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Total de ingreso bruto anual combinado de TODAS las fuentes	\$22,980	\$31,020	\$39,060	\$47,100	\$55,140	\$63,180	\$71,220	\$79,260

Para cada persona adicional, añada \$8,040.

SOLICITUD DE TARIFA CARE

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"/> Sueldos o ingreso por trabajo independiente | <input type="checkbox"/> Pensiones | <input type="checkbox"/> Seguro Social o SSDI |
| <input type="checkbox"/> Pagos por incapacidad o Compensación Laboral | <input type="checkbox"/> SSP o SSI | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Acuerdos de seguros o legales | <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Pensión de cónyuge o para niños |
| <input type="checkbox"/> Becas, subsidios u otra ayuda usada para gastos de manutención | <input type="checkbox"/> Ingreso por renta o regalías | <input type="checkbox"/> Dinero efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="checkbox"/> Intereses/dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o jubilación | | |

Ingreso bruto total anual de mi hogar:

Número de personas que viven en mi hogar:

\$, . 00 por año

+ =
Adultos Niños Total

Su nombre (como aparece en la cuenta de Southwest Gas)

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

Ciudad

Estado

Código postal

 -

Número de cuenta de servicio de Southwest Gas

 - -

Número de teléfono

Código de origen (Uso exclusivo de Southwest Gas) -

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es veraz y correcta. 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.

Firma del Cliente

Fecha



SOUTHWEST GAS
smarter > greener > better