



**Se requiere respuesta
para mantener el
descuento en su factura**

Estimado(a) cliente CARE:

Actualmente recibe un descuento en su factura mensual de SDG&E® a través de su inscripción en el programa CARE. Como recordará, el cumplimiento de los requisitos para el descuento CARE se basa en el ingreso total en el hogar o la participación en ciertos programas de asistencia pública.

Si desea continuar recibiendo su descuento, debe presentar comprobante de que cumple con los requisitos en un plazo de 90 días a partir de la fecha de esta carta.

Cómo presentar comprobante de que cumple con los requisitos

- Siga las instrucciones adjuntas para cerciorarse de contar con los documentos correctos.
- Antes de enviar su información, asegúrese de **borrar los números de Seguro Social o de la cuenta bancaria en todas las copias**. Esto es por su protección.
- Complete el Formulario de verificación CARE que aparece al final de esta carta.

Dónde devolver sus documentos

Envíenos su Formulario de verificación CARE debidamente llenado y documentación adicional de alguna de las siguientes maneras:

- Súbalos a **sdge.com/documents**.
- Envíe un mensaje por correo electrónico a **billdiscount@sdge.com**.
- Envíe por correo postal usando el sobre adjunto.

¿Dudas?

Si tiene alguna duda, envíe un mensaje por correo electrónico a **billdiscount@sdge.com** en cualquier momento o llame al **1-800-560-5551** de 7 a. m. a 4 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante de asistencia al cliente. Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame a nuestro número TDD/TTY al 1-877-889-7343.

Atentamente,

Equipo de Asistencia al Cliente de SDG&E

Anexo: Instrucciones, Formulario de verificación CARE, Declaración jurada de cero ingresos, sobre de respuesta

Instrucciones

► **PASO 1: Presente comprobante de participación en un programa de asistencia pública.**

- Si usted o alguien que vive en su casa participa en cualquiera de los siguientes programas de asistencia pública que le hacen reunir los requisitos, tendrá derecho a participar en CARE.
 - **Si no, vaya al PASO 2.**
- Como comprobante de participación, envíe ya sea una notificación de acción vigente **O** una carta de beneficio/otorgamiento.
- El documento debe estar fechado dentro de los 12 meses a partir de la fecha de su inscripción en CARE.

Programas de asistencia pública que le dan derecho a participar

Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas
CalFresh/SNAP

Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños
(CalWORKs)

Requisitos de ingreso para el programa Head Start (tribal únicamente)

Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) gratuito

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o TANF Tribal

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

► **PASO 2: Presente comprobantes de ingreso por cada adulto en el hogar.**

► ***Sáltese el PASO 2 si su casa participa en cualquiera de los programas de asistencia pública señalados en la parte superior.***

- Si nadie de su casa participa en un programa de asistencia pública, entonces los requisitos para el descuento CARE se basan en el ingreso total en el hogar que se mantiene dentro de las **pautas de ingreso CARE**.
- Se requiere que cada uno de los adultos (de 18 años de edad o más) en la casa presente comprobante de ingreso – vea la gráfica titulada "**Documentos requeridos para verificar el ingreso o ayuda en el hogar**".
- El ingreso incluye todos los beneficios en efectivo y en especie, ayuda económica y subsidios de todas las personas que viven en su casa.
- **Para su protección, por favor borre los números de Seguro Social o de la cuenta bancaria en todas las copias.**

| Pautas de ingreso CARE | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Número de miembros en el hogar | Ingreso total anual en el hogar* |
| 1-2 | \$40,880 |
| 3 | \$51,640 |
| 4 | \$62,400 |
| 5 | \$73,160 |
| 6 | \$83,920 |
| 7 | \$94,680 |
| 8 | \$105,440 |
| Por cada persona adicional | Añada \$10,760 |

*El ingreso total incluye todos los beneficios en efectivo y en especie, ayuda económica y subsidios de todas las personas que viven en su casa. *Pautas en vigor del 1 de junio de 2024 al 31 de mayo de 2025.

► **PASO 3: Complete el Formulario de verificación CARE que aparece al final de esta carta y devuélvalo con su documentación adicional.**

Envíenos su formulario debidamente llenado y documentación adicional de alguna de las siguientes maneras:

- Súbalo a ***sdge.com/documents***.
- Envíe un mensaje por correo electrónico a ***billdiscount@sdge.com***.
- Envíe por correo postal usando el sobre adjunto.

Documentos requeridos para verificar el ingreso o ayuda en el hogar

| Para este tipo de ingreso o ayuda... | ...debe presentar estos documentos <i>(se aceptan copias; pueden solicitarse documentos adicionales)</i> |
|---|---|
| 1. Salarios, sueldo, propinas, comisiones | 1a. Declaración Federal de Impuestos sobre el Ingreso (es necesario presentar los Formularios 1099 o W-2 con la declaración de impuestos) <u>0</u> 1b. Los dos talones de pago consecutivos más recientes <u>0</u> 1c. Declaración jurada por escrito del empleador para salarios en efectivo |
| 2. Administración del Seguro Social (SSA), Pago Suplementario Estatal (SSP), Seguro por incapacidad del Seguro Social (SSDI), pensiones y anualidades, compensación por accidentes en el trabajo, beneficios por desempleo, cuidado de crianza, beneficios para veteranos | 2a. Declaración Federal de Impuestos sobre el Ingreso (es necesario presentar los Formularios 1099 o W-2 con la declaración de impuestos) <u>0</u> 2b. Talones de pago <u>0</u> 2c. Carta de beneficios/otorgamiento <u>Y</u> estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos |
| 3. Autoempleo | 3a. Comprobante de ingresos en que se muestren las ganancias ajustadas trimestralmente más recientes, más la declaración de impuestos del año anterior (Formulario 1040 y Anexo C) <u>0</u> 3b. Declaración jurada de un solicitante o contador |
| 4. Ingresos por alquiler o regalías | 4a. Formulario 1040 y Anexo E para la declaración de impuestos en que se muestren los ingresos por alquiler y regalías <u>0</u> 4b. Copia de recibos de alquiler <u>0</u> 4c. Copia del contrato de alquiler en que se especifique el monto del alquiler <u>Y</u> declaración jurada del arrendatario |
| 5. Intereses o dividendos de cuentas de ahorro o para el retiro, acciones, bonos, ganancias de capital sobre activos | 5a. Declaración Federal de Impuestos sobre el Ingreso (es necesario presentar los Formularios 1099 o W-2 con la declaración de impuestos) <u>0</u> 5b. Tres estados de cuenta bancarios consecutivos más recientes |
| 6. Indemnizaciones de seguro, finiquitos legales | 6a. Documentos de convenios judiciales |
| 7. Pensión para el cónyuge divorciado o manutención de hijos | 7a. Estado de cuenta bancario más recientes <u>0</u> 7b. Documentos de la corte <u>0</u> 7c. Copia del cheque |
| 8. Manutención familiar o ayuda monetaria | 8a. Carta de la(s) persona(s) que brinda(n) ayuda, que incluya el nombre, domicilio, número telefónico, firma y cantidad mensual o anual de la ayuda <u>Y</u> 8b. Copia de estados de cuenta bancarios vigentes que muestren la(s) cantidad(es) |
| 9. Subvenciones, becas u otra ayuda escolar | 9a. Carta de beneficios/otorgamiento <u>Y</u> los dos talones de pago o cheques consecutivos más recientes |
| 10. IRA o 401 (k) | 10a. Copia de los talonarios de cheque del cliente <u>0</u> 10b. Copia de la última carta de otorgamiento <u>0</u> 10c. Copia del Formulario 1099R del año anterior <u>0</u> 10d. Copia o impresión de pantalla del estado de cuenta bancario en que se muestre el depósito directo |
| 11. Cero ingresos, estatus de no-declaración u otras fuentes | 11a. Declaración jurada de cero ingresos (complete el formulario adjunto) <u>Y</u> 11b. Dos estados de cuenta bancarios consecutivos más recientes |

| | |
|--|--|
| Cuenta(s) de referencia: | |
| Formulario de verificación CARE | |

| Nombre y apellido de cada uno de los miembros de la casa, incluido(a) usted mismo(a) | Adulto (mayor de 18 años) | Niño (menor de 18 años) | Fuente de ingreso (marque el recuadro correspondiente al tipo de ingreso) | | | Documentos incluidos (se aceptan copias; marque el recuadro correspondiente a sí o no) | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| | | | Asistencia pública | Ingreso | Ninguno | S | N |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| | A <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | AP <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| Total de personas que viven en su casa: Adultos (mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> + Niños (menores de 18 años) <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ingreso total anual estimado \$ ____ , ____ |
|---|--|

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 pida 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.

| | |
|---------------|---------------|
| Firma: | Fecha: |
|---------------|---------------|

| | |
|---|------------------------------|
| Dirección de correo electrónico: | Teléfono: () - |
|---|------------------------------|

Por favor quítenme del programa CARE.
 Si ya no reúne los requisitos o ya no desea participar en el programa, por favor marque este recuadro, firme y feche este formulario, y devuélvalo en el sobre provisto o envíe un mensaje por correo electrónico a billdiscount@sdge.com.

► **NOTA: El consumo elevado de energía puede dar lugar a que se le retire del programa.**



Programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) Declaración jurada de cero ingreso

| SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA/MIEMBRO DEL HOGAR | | | |
|---|---|---|-------|
| Nombre en la cuenta de SDG&E | | Número de cuenta de SDG&E | |
| Nombre del miembro del hogar (si difiere del de arriba) | | Domicilio: Ciudad: Código postal: | |
| SECCIÓN 2 – DECLARACIÓN | | | |
| Yo, _____, por medio de la presente certifico lo siguiente: Actualmente no percibo ingresos ni tampoco estoy autoempleado(a), Y (marque una de las siguientes) <input type="checkbox"/> No recibo ningún ingreso suplementario de ninguna fuente pública o privada y no recibo pagos regulares de rentas, regalías, obsequios recurrentes, ingresos derivados de pasatiempos, pagos por seguros, beneficios por incapacidad o desempleo, ingreso por retiro o ingreso por inversiones, O <input type="checkbox"/> Recibo ayuda económica, además de ingresos, procedente de ahorros, hipoteca inversa, vivienda subsidiada, préstamos en tarjetas de crédito, etc. Monto \$ _____ Tipo (regalo/ahorros/etc.) _____ Frecuencia (semanalmente/mensualmente/etc.) _____ Cualquier cambio en mi estatus de empleo dentro del año calendario que afectara la exactitud de las declaraciones en la parte superior se reportará a SDG&E. | | | |
| SECCIÓN 3 - FIRMA | | | |
| Al firmar en la parte inferior, certifico (o declaro) bajo advertencia de las penas en que se incurre por declarar en falsedad conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto. | | | |
| A | Escriba en letra de molde el nombre completo del cliente como aparece en la factura de SDG&E. | Firma del titular de la cuenta de SDG&E | Fecha |
| B | Escriba en letra de molde el nombre del miembro del hogar (si difiere del de arriba) | Firma del miembro del hogar | Fecha |
| Por favor suba sus documentos a sdge.com/documents o envíe por correo electrónico su información a billdiscount@sdge.com . También puede devolver sus documentos en el sobre adjunto. | | | |