



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

Save energy

Energy Savings Assistance Program

Free energy-saving home improvements
1-866-597-0597
sdge.com/energyassistance

Home rebates

Rebates on energy-efficient products for your home
1-800-644-6133
sdge.com/rebates

Home Energy Survey

Free online analysis can show you ways to save
1-800-644-6133
sdge.com/survey

Save money

CARE

Monthly discount
1-800-411-7343
sdge.com/care

FERA

Electricity within certain usage levels is billed at a lower rate
1-800-411-7343
sdge.com/fera

Medical Baseline Allowance Program

More energy at the lowest rates for customers with medical conditions
1-800-411-7343
sdge.com/medicalbaseline

Get extra help

Level your energy bill payments every month

1-800-411-7343
sdge.com/levelpay

Bill payment assistance and other community resources

Dial "211"
211sandiego.org

LIHEAP

State administered 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.



SDG&E - Información general

1-800-311-7343

sdge.com/espanol

Ahorre energía

Energy Savings Assistance Program

Mejoras gratuitas que ahorran energía en el hogar
1-866-597-0597
sdge.com/casa

Reembolsos para el hogar

Reembolsos en productos eficientes en energía para su hogar
1-800-644-6133
sdge.com/reembolsos

Análisis de mi Consumo de Energía

Llame al 1-800-644-6133 para obtener más información

Ahorre dinero

CARE

Descuento mensual
1-800-311-7343
sdge.com/ahorro

FERA

La electricidad dentro de ciertos niveles de consumo se factura a una tarifa más baja
1-800-311-7343
sdge.com/ahorro

Programa de Asignación Médica Inicial

Más energía a las tarifas más bajas para los clientes con afecciones
1-800-311-7343
sdge.com/medicainicial

Obtenga ayuda adicional

Nivele los pagos mensuales de su factura de energía

Llame al 1-800-311-7343 y pregunte por el Plan de Pago Nivelado (Level Pay Plan)

Asistencia para el pago de la factura y otros recursos de la comunidad

Marque "211"
211sandiego.org

LIHEAP

Servicios de asistencia para el pago de la factura y para impermeabilización, administrado 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 le remitan a una agencia de la localidad.



Save on your SDG&E® bill.

Residential Rate Assistance Submeter

Ahorre en la factura de SDG&E.

Asistencia tarifaria residencial
Medidor colectivo

Application/Formulario de Solicitud



It's easy to apply for SDG&E assistance programs. We offer two programs that may lower your monthly bill.

- California Alternate Rates for Energy (CARE)
The CARE program offers a monthly discount on SDG&E bills for qualifying households. Qualification is based on total gross income of everyone living in the home (See the income guidelines below) OR participation in a qualifying public assistance program.
- Family Electric Rate Assistance (FERA)
If you do not qualify for the CARE program, you may still qualify for the FERA Program, which offers a monthly discount on electric bills for households with a slightly higher income than required for CARE. See the FERA Income Guidelines listed below to find out if you qualify.

Rules for CARE and FERA participation

- 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.
- High energy use may result in removal from the program.
- Once you are enrolled in CARE or FERA, you are also eligible for a discounted Base Services Charge.
- Your total current household income before deductions must be within the income levels in the chart for your household size OR your household is receiving benefits from one of the public assistance programs listed on the application in Box 2A.
- You must renew your application when requested.
- You may be asked to verify your income.

You can also apply at **sdge.com/care** or by calling **211**. If you have questions please email **billdiscount@sdge.com**. For speech- or hearing-impaired customer, TDD/TTY is available at **1-877-889-7343**.

INCOME QUALIFICATION FOR CARE & FERA PROGRAMS		
Number in Household	CARE Total Annual Household Income*	FERA
1 or 2	\$42,300	\$42,301-\$52,875
3	\$53,300	\$53,301-\$66,625
4	\$64,300	\$64,301-\$80,375
5	\$75,300	\$75,301-\$94,125
6	\$86,300	\$86,301-\$107,875
7	\$97,300	\$97,301-\$121,625
8	\$108,300	\$108,301-\$135,375
Each Additional Person, add	\$11,000	\$11,000-\$13,750
*Effective June 1, 2025 - May 31, 2026		

Es fácil presentar una solicitud para los programas de asistencia de SDG&E. Ofrecemos dos programas que pueden reducir su factura mensual.

- Tarifas Alternas para Energía en California (CARE)
El programa CARE ofrece un descuento mensual en las facturas de SDG&E a los hogares que reúnen los requisitos. Los requisitos se basan en el ingreso total de cada una de las personas que vive en el hogar (vea las pautas de ingreso en la parte inferior) O en su participación en un programa de asistencia pública que le da derecho a participar.
- Programa Familiar de Reducción de Tarifas Eléctricas (FERA)
Si no reúne los requisitos para el programa CARE, tal vez sí reúna los requisitos para el Programa FERA, que ofrece un descuento mensual en las facturas eléctricas de los hogares cuyo ingreso es ligeramente más alto que el que se requiere para CARE. Vea las Pautas de ingreso de FERA que aparecen a continuación para averiguar si reúne los requisitos.

Reglas de participación para CARE y FERA

- Debe usted notificar a SDG&E si deja de reunir los requisitos.
- No puede aparecer usted en la declaración del impuesto sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Un consumo elevado de energía puede dar como resultado el que se le quite del programa.
- Una vez que esté inscrito en CARE o FERA, también será elegible para un descuento de Cargo por Servicios Base.
- El ingreso total actual en el hogar, antes de deducciones, debe estar dentro de los niveles de ingreso correspondientes al número de personas que viven en su casa y que aparecen en el cuadro O su hogar debe estar recibiendo beneficios de uno de los programas de asistencia pública indicados en el cuadro 2A del formulario.
- Debe usted renovar su solicitud cuando le sea requerido.
- Tal vez le pidan que verifique su ingreso.

También puede presentar su solicitud en **sdge.com/ahorro** o llamando al **211**. Si tiene preguntas, por favor envíe un mensaje a **billdiscount@sdge.com**. Para los clientes con problemas auditivos o del habla, hay TDD/TTY llamando al **1-877-889-7343**.

REQUISITOS DE INGRESO PARA LOS PROGRAMAS CARE Y FERA		
Número de personas que viven en el hogar	CARE Ingreso total anual en el hogar*	FERA
1 o 2	\$42,300	\$42,301-\$52,875
3	\$53,300	\$53,301-\$66,625
4	\$64,300	\$64,301-\$80,375
5	\$75,300	\$75,301-\$94,125
6	\$86,300	\$86,301-\$107,875
7	\$97,300	\$97,301-\$121,625
8	\$108,300	\$108,301-\$135,375
Por cada persona adicional	\$11,000	\$11,000-\$13,750
*En vigor del 1 de junio de 2025 al 31 de mayo de 2026		

Your Name Su nombre

Home Telephone Teléfono de casa

Home Address, Apartment, City, Zip Code Número y calle, Apartamento, Ciudad, Código postal

Mobile Phone Teléfono móvil

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

E-mail Address Dirección de correo electrónico

I receive ☐ gas ☐ electric through a submeter

Recibo servicio de ☐ gas ☐ luz a través de un medidor colectivo

I receive ☐ gas ☐ electric directly from SDG&E

Recibo servicio de ☐ gas ☐ luz directamente de SDG&E

1 Household Information: Please complete

Number of persons in your household: Adults: + Children: =

2A Please complete either section 2A OR 2B, then go to section 3

Información del hogar: Favor de llenar

Número de personas en su hogar: Adultos: + Niños: =

Por favor llene ya sea la sección 2A O 2B, y luego vaya a la sección 3

2A Public Assistance Programs: (For CARE Program Only)

If you or someone in your household receives benefits from any of the following public assistance programs check all that apply. Fill out section 2A or 2B. You do not need to complete both sections.

☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance

☐ CalFresh/Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

☐ CalWORKs/Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

☐ Low-income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

☐ Medicaid/Medi-Cal for Families A & B

☐ National School Lunch Program (NSLP)

☐ Supplemental Security Income (SSI)

☐ Tribal TANF

☐ Women, Infants, and Children Program (WIC)

☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

☐ Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos

☐ CalFresh/Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

☐ CalWORKs/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

☐ Programa de Asistencia a Hogares de Escasos Recursos para Gastos de Energía (LIHEAP)

☐ Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B

☐ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)

☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

☐ TANF Tribal

☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

☐ Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)

If you do not participate in any of the above programs, please complete Section 2B.

2B Household Income Eligibility: (For CARE or FERA Programs)

(skip if you filled out section 2A)

If your household does not participate in a public assistance program, please check all sources of household income for all members of the household and write the total income in the spaces provided.

☐ Wages and/or profits from self employment

☐ Rent or royalty income

☐ Pensions

☐ Social Security

☐ SSP or SSDI

☐ Disability or workers' compensation payments

☐ Unemployment benefits

☐ Scholarships, grants or other aid for living expenses

☐ Interest/dividends from savings, stocks, bonds or retirement accounts

☐ Spousal or child support

☐ Insurance or legal settlements

☐ Cash or other income

Total annual household income:

\$, .

3 Declaration: (please read and sign below)

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE program eligibility if asked. I agree to inform SDG&E if I no longer qualify to receive a 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 and governmental agencies and their respective agents, contractors, consultants, and participating organizations to provide me information about, as well as enroll me, in their assistance programs.

How would you like to be contacted? ☐ Email ☐ Mail

Declaración: (favor de leer y firmar en la parte inferior)

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en proporcionar prueba de reunir los requisitos para el programa CARE si se me solicita. Convengo en informar a SDG&E si dejo de reunir los requisitos para recibir un descuento. Sé que si recibo un descuento sin cumplir con los requisitos para ello, es posible que se me exija devolver el descuento recibido. Entiendo que SDG&E puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos y agencias de gobierno y sus respectivos agentes, contratistas, consultores y organizaciones participantes para proporcionarme información sobre sus programas de asistencia, así como para inscribirme en ellos.

¿Cómo le gustaría que lo contactáramos? ☐ Correo electrónico ☐ Correo

* Customer Signature Firma del cliente

EMPLOYEE ID SOURCE CODE

Date Fecha

No Staples No engrape

Fold, Moisten and Seal Doble, humedezca y selle

No Tape No use cinta adhesiva