

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



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

Programa de Asignación Médica Inicial
Más energía a las tarifas más bajas para clientes con enfermedades
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

Ahorre en la factura de SDG&E.

Asistencia tarifaria residencial

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 be asked to verify your income.
- High energy use may result in removal from the program.
- You must renew your enrollment when requested.
- Once you are enrolled in CARE or FERA, you are also eligible for a discounted Base Services Charge.
- You may not be claimed on another person's income tax return other than your spouse.
- The SDG&E bill must be in your name and the address must be your primary residence.
- 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.

Other ways to apply: *sdge.com/care* or call **211**. If you have questions or would like more information please email *billdiscount@sdge.com*. For speech- or hearing-impaired customers 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 con 3 o más personas 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

- Tiene que notificar a SDG&E si ya no reúne los requisitos.
- Le pueden pedir que compruebe su ingreso.
- Un consumo elevado de energía puede dar como resultado el que se le quite del programa.
- Debe renovar su solicitud cuando le sea requerido.
- Una vez que esté inscrito en CARE o FERA, también será elegible para un descuento de Cargo por Servicios Base.
- No puede aparecer usted en la declaración del impuesto sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- La factura de SDG&E® debe estar a su nombre y el domicilio debe ser su residencia principal.
- 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.

Otras formas de solicitar: *sdge.com/ahorro* o llamando al **211**. Si tiene preguntas o desea obtener más información, 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		



1
↓
2A

OR
O

2B

3

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	Email Address Dirección de correo electrónico

Household Information: Please complete

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

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

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

☐ Medicaid/Medi-Cal for Families A & B

☐ CalFresh/Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

☐ National School Lunch Program (NSLP)

☐ CalWORKs/Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

☐ Supplemental Security Income (SSI)

☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

☐ Tribal TANF

☐ Low-income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

☐ Women, Infants, and Children Program (WIC)

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

Household Income Eligibility: (For CARE or FERA Programs)

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

☐ Unemployment benefits

☐ Rent or royalty income

☐ Scholarships, grants or other aid for living expenses

☐ Pensions

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

☐ Social Security

☐ Spousal or child support

☐ SSP or SSDI

☐ Insurance or legal settlements

☐ Disability or workers' compensation payments

☐ Cash or other income

Total annual household income: \$, .

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

Customer Signature Firma del cliente

Información de su 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

Programas de Asistencia Pública: (para el Programa CARE únicamente)

Si usted o alguien en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas de asistencia pública, marque todos los que correspondan. Llene la sección 2A o 2B. No necesita llenar ambas secciones.

☐ Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B

☐ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)

☐ CalFresh/Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

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

☐ Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)

☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

☐ Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos

☐ CalWORKS/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

☐ TANF Tribal

Si no participa en ninguno de los programas anteriores, por favor llene la sección 2B.

Requisitos de ingreso en el hogar: (para los Programas CARE o FERA)

Si su hogar no participa en un programa de asistencia pública, **por favor marque todas las fuentes de ingreso del hogar para todos los miembros del hogar** y escriba el ingreso total en los espacios señalados.

☐ Salarios y/o utilidades por autoempleo

☐ Becas, subvenciones u otra ayuda para sufragar el costo de la vida

☐ Ingresos por alquiler o regalías

☐ Intereses/dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas para el retiro

☐ Pensiones

☐ Seguro Social

☐ SSP o SSDI

☐ Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores

☐ Liquidaciones de seguro o legales

☐ Beneficios de desempleo

☐ Ingreso en efectivo o de otro tipo

Ingreso total anual en el hogar: \$,

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

No Staples No Engrape No Tape No Use Cinta Adhesiva Fold, Moisten and Seal Doble, Humedezca y Selle