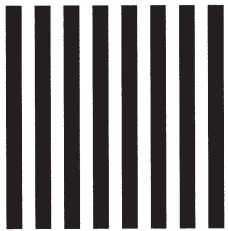


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 11564 LOS ANGELES CA 90051

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**ATTN CARE PROGRAM ML GT12F1
THE GAS COMPANY
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-9316**



A Sempra Energy utility®

SAVE 20%

**DID YOU KNOW A FAMILY
OF FOUR EARNING UP TO
\$43,200 A YEAR MAY QUALIFY?**

**¿SABIA USTED QUE UNA FAMILIA
DE CUATRO GANANDO HASTA
\$43,200 AL AÑO PUEDE CALIFICAR?**

APPLY TODAY!

See inside for program details.

*California Alternate
Rates for Energy*

(CARE) – 20% DISCOUNT
APPLICATION INSIDE OR APPLY AT
WWW.SOCALGAS.COM/ASSISTANCE/

*Tarifas Alternas para
Energía de California*

(CARE) – DESCUENTO DEL 20%
EN SU TARIFA DE GAS NATURAL
SOLICITUD ADENTRO O APLICA EN
WWW.SOCALGAS.COM/SP/ASISTENCIA/

DEAR CUSTOMER:

You may be eligible for a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may also qualify for a \$15 discount on your Service Establishment Charge if you are approved within 90 days of starting new gas service with The Gas CompanySM. Please review the program qualifications on the enclosed application to see if you qualify. If you think you qualify, complete the application form and mail it back to us. You will receive your discount once your completed, signed application is approved by The Gas Company. If you have any questions about the CARE program, or need assistance filling out the form, please visit www.socalgas.com/assistance/ or call 1-800-427-2200. Telecommunication Devices for the Speech and Hearing Impaired (TDD) are available at 1-800-252-0259.

ESTIMADO(A) CLIENTE:

Usted podría ser elegible para recibir un 20% de descuento en su cuenta de gas de su residencia principal. También podría calificar para un descuento de \$15 en el Cargo por Establecimiento de Servicio, si usted es aprobado durante los primeros 90 días desde el comienzo de su nuevo servicio de gas con The Gas CompanySM. Por favor revise las calificaciones del programa en la solicitud. Si piensa que califica, complete y firme la solicitud y envíela a The Gas Company. Recibirá su(s) descuentos(s) una vez que su solicitud sea aprobada por The Gas Company. Si tiene alguna duda acerca de la solicitud, visite www.socalgas.com/sp/asistencia/ o llame 1-800-342-4545. Clientes con limitaciones auditivas (TDD) llamen al 1-800-252-0259.

FOR INFORMATION ON CARE IN OTHER LANGUAGES, CALL THE GAS COMPANY AT:

欲知詳情，請洽 免費國語專線: 1-800-427-1429

欲知詳情，請洽 免費粵語專線: 1-800-427-1420

더 자세한 안내를 받으시려면 다음 한국어 전화로 문의해 주십시오:
1-800-427-0471

Để biết thêm chi tiết bằng tiếng Việt, xin gọi:
1-800-427-0478

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:

Direct Assistance Program (DAP): This low income energy efficiency program offers free, energy-saving home improvements such as ceiling insulation, door weather-stripping, caulking and minor home repairs. For more information, please call 1-800-331-7593.

Medical Baseline: Provides additional allowance of gas at a lower rate to customers with certain medical conditions. For more information, call 1-800-427-2200.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): Provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the California Department of Community Services and Development at 1-866-675-6623.

California Lifeline (ULTS): A discounted telephone access for customers meeting similar income guidelines to CARE. For more information, contact your local telephone service provider.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE PUEDE CALIFICAR:

Programa de Asistencia Directa (DAP): Este programa de eficiencia energética para clientes de bajos recursos ofrece mejoras gratuitas para el hogar, tales como aislamiento de techo, colocación de burletes en puertas, enmasillado y reparaciones menores, a fin de ahorrar energía. Para más información, por favor llame al 1-800-331-7593.

Asignación Médica Inicial (Medical Baseline): Provee asignación adicional de gas a una tarifa menor a los clientes con ciertas afecciones médica. Para más información, llame al 1-800-342-4545.

Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP): Ofrece asistencia para el pago de facturas, asistencia de emergencia para el pago de facturas y servicios de acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo. Llame al Departamento de Servicios a la Comunidad de California al 1-866-675-6623.

Servicio Telefónico Universal Lifeline (California Lifeline-ULTS): Acceso telefónico a precios de descuento para los clientes que reúnan requisitos de ingreso similares a los del programa CARE. Para más información, llame al proveedor de servicio telefónico de su localidad.

THERE ARE TWO WAYS TO QUALIFY / HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR

1 PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs: Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

Table with 2 columns: Program Name (Medi-Cal, Food Stamps / Estampillas de Comida, TANF(AFDC), Women, Infants & Children (WIC), Healthy Families Categories A&B, LIHEAP) and Selection Arrow (Left arrow or Right arrow).

2 MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:

(effective June 1, 2008 to May 31, 2009) (en vigor del 1 de junio de 2008 al 31 de mayo de 2009)

Table with 2 columns: Number of Persons in Household / Número de personas en el hogar (1-2, 3, 4, 5, 6) and Total Annual Income / Ingreso total anual (\$30,500, \$35,800, \$43,200, \$50,600, \$58,000).

For each additional household member, add \$7,400 Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$7,400

CONDITIONS FOR PARTICIPATION / CONDICIONES PARA PARTICIPAR

The gas bill must be in your name and the address must be your primary address. / La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. 3) You must recertify your application when requested. / Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite. 4) You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify. / Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar. 5) You may be asked to verify your eligibility for CARE. / Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

FORM 9E

CARE APPLICATION / SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE

PLEASE USE DARK BLUE OR BLACK INK ONLY / POR FAVOR USE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA ÚNICAMENTE

Form fields for account number, name, address, and phone number. Includes a dashed line with a scissors icon at the top.

1

Total number of persons in your household (include yourself, other adults, and children): Número total de personas que viven en su hogar (inclúyase usted, otros adultos y niños):

2A

Public Assistance Programs Benefits Received / Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública: If you or someone in your household receives benefits from any of the programs below, please fill in the circle(s) and go directly to 3. Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas siguientes, por favor rellene el/los círculo/s y vaya directamente a la sección 3.

- Radio button options for Medi-Cal: Under 65 years of age / menor de 65 años, 65 years or older / 65 años o más, Healthy Families A&B, LIHEAP.

If NONE of the above, please complete Section 2B / Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección 2B.

2B

Household Income Information / Ingreso anual de su hogar

Part 1 / Parte 1: If you do not participate in any of the programs listed above, please fill in the circle(s) for all sources of income in your household, and indicate your total household income in the spaces provided below. / Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el/los círculo/s para todas las fuentes de ingreso en su hogar y proporcione el ingreso total de su hogar en los espacios que se proporcionan en la parte de abajo:

- Radio button options for Social Security, Pensions, SSI, Dividends, Savings, Stocks, Retirement, Wages, Legal Settlements, Unemployment, Insurance, Disability.

Part 2 / Parte 2: Please fill in the circle of your household's income range per year before deductions. / Sírvase rellenar el círculo de la gana que corresponde al ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- Radio button options for income ranges: \$0 - \$30,500, \$30,501 - \$35,800, \$35,801 - \$43,200, \$43,201 - \$50,600, \$50,601 - \$58,000.

3

Declaration / Declaración: Please read and sign below / Por favor lea y firme abajo

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE eligibility if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive a discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs. / Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Convengo en proporcionar prueba de elegibilidad en el programa CARE si se me requiere. Convengo en informar a The Gas Company si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin tener derecho al mismo, se me puede exigir la devolución del descuento recibido. Entiendo que The Gas Company puede compartir mis datos con otros agentes de servicios públicos o agentes para inscribirme en programas de asistencia.

SIGNATURE/ FIRMA

DATE/ FECHA

No Tape/No use cinta adhesiva

Moisten and Seal/Humedezca y selle

No Staples/No engrape