



J. Steve Rahon
Director
Tariffs & Regulatory Accounts

8330 Century Park Ct.
San Diego, CA 92123-1548
Tel: 858.654.1773
Fax 858.654.1788
srahon@SempraUtilities.com

January 28, 2004

Advice No. 3316-A
(U 904 G)

Public Utilities Commission of the State of California

Subject: Supplemental Filing: Submission of Three Asian Language Translations of Application Forms and Instructions for the California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

Southern California Gas Company (SoCalGas) hereby submits for filing the following forms, applicable throughout its service territory, as shown on Attachment B.

Purpose

This supplemental filing is being made at the request of the Commission's Energy Division. Specifically, the Energy Division has requested that SoCalGas supplement its filing to state that SoCalGas will track all the costs and enrollments associated with the new Asian language forms. In response to that request, SoCalGas herein agrees that it will track the incremental costs associated with the Asian language forms and the number of enrollments obtained using those forms. In addition, this filing reflects modifications to the previously filed Asian translations.

This advice filing replaces SoCalGas' Advice Letter (AL) 3316 in its entirety.

This AL files Chinese, Korean, and Vietnamese translations of three previously filed forms approved in SoCalGas' AL 3261 effective June 1, 2003. AL 3261 filed, among others, the English and Spanish versions of Form 6491-D, Self-Certification Application and Instructions on how to apply for the California Alternate Rates for Energy (CARE) program; Form 6674-A, Self-Recertification Application; and Form 6675-A, Post-Enrollment Verification Application. This AL combines all five versions of the aforementioned forms.

Information

This fall, SoCalGas implemented a multi-level campaign to reach as many of its CARE eligible customers as possible by expanding its outreach efforts to reach "hard to reach" customers due to language barriers. In addition to radio and media ads, and bill inserts, SoCalGas is now translating its CARE applications as outlined above into additional languages to make it easier for its multi-language customers to understand and participate in the CARE program if eligible.

By expanding the CARE applications and instructions into the Asian languages, SoCalGas is also being responsive to the recommendations made in the "Evaluation of California Alternate Rates for Energy (CARE) Programs' Outreach and Administration Practices" report prepared and issued by Quantec, LLC on September 16, 2003.

Protest

Anyone may protest this AL to the California Public Utilities Commission. The protest must state the grounds upon which it is based, including such items as financial and service impact, and should be submitted expeditiously. The protest must be made in writing and received within 20 days of the date of this AL. There is no restriction on who may file a protest. The address for mailing or delivering a protest to the Commission is:

Energy Division - IMC Branch
California Public Utilities Commission
505 Van Ness Avenue, 4th Floor
San Francisco, CA 94102

Copies of the protest should also be sent via e-mail to the attention of both Jerry Royer (jjr@cpuc.ca.gov) and Honesto Gatchalian (inj@cpuc.ca.gov) of the Energy Division. A copy of the protest shall also be sent via both e-mail and facsimile to the address shown below on the same date it is mailed or delivered to the Commission.

Attn: Sid Newsom
Regulatory Tariff Manager - GT14D6
555 West Fifth Street
Los Angeles, CA 90013-1011
Facsimile No. (213) 244-4957
E-Mail: snewsom@semprautilities.com

Effective Date

SoCalGas requests that the tariff sheets filed herein become effective on January 28, 2004, the date filed, inasmuch as the Commission has previously approved the content of these forms in accordance with SoCalGas AL 3261 effective June 1, 2003.

Notice

In accordance with Section III.G of General Order No. 96-A, a copy of this advice letter is being sent to the parties listed on Attachment A, which includes the service list for R. 01 08-027.

J. STEVE RAHON
Director
Tariffs and Regulatory Accounts

Attachments

ATTACHMENT A
Advice No. 3316-A

(See Attached Service Lists)

ACN Energy
Gary Morrow
GMorrow@acninc.com

ACN Energy
Tony Cusati
tony.cusati@acnenergy.com

ACN Inc.
Glenn Kinser
gkinser@acninc.com

Aglet Consumer Alliance
James Weil
jweil@aglet.org

Alcantar & Kahl
Elizabeth Westby
egw@a-klaw.com

Alcantar & Kahl
Kari Harteloo
klc@a-klaw.com

AFRPA/DD McClellan Attn: L. Baustian
3411 Olson Street, Room 105
McClellan, CA 95652-1003

BP Amoco, Reg. Affairs
Marianne Jones
501 West Lake Park Blvd.
Houston, TX 77079

BP EnergyCo.
J. M. Zaiontz
Zaiontj@bp.com

Barkovich & Yap
Catherine E. Yap
ceyap@earthlink.net

Berliner, Camdon & Jimison
John Jimison
johnj@bcjlaw.com

Beta Consulting
John Burkholder
burkee@cts.com

CPUC
Consumer Affairs Branch
505 Van Ness Ave., #2003
San Francisco, CA 94102

CPUC
R. Mark Pocta
rmp@cpuc.ca.gov

CPUC
Energy Rate Design & Econ.
505 Van Ness Ave., Rm. 4002
San Francisco, CA 94102

California Energy Market
Lulu Weinzimer
luluw@newsdata.com

Calpine Corp
Avis Clark
aclark@calpine.com

City of Anaheim
Ben Nakayama
Public Utilities Dept.
P. O. Box 3222
Anaheim, CA 92803

City of Azusa
Light & Power Dept.
215 E. Foothill Blvd.
Azusa, CA 91702

City of Banning
Paul Toor
P. O. Box 998
Banning, CA 92220

City of Burbank
Fred Fletcher/Ronald Davis
164 West Magnolia Blvd., Box 631
Burbank, CA 91503-0631

City of Colton
Thomas K. Clarke
650 N. La Cadena Drive
Colton, CA 92324

City of Glendale
Larry Silva
lsilva@ci.glendale.ca.us

City of Lompoc
H. Paul Jones
100 Civic Center Plaza
Lompoc, CA 93438

City of Long Beach, Gas Dept.
Chris Garner
2400 East Spring Street
Long Beach, CA 90806-2385

City of Los Angeles
City Attorney
1700 City Hall East
Los Angeles, CA 90012

City of Pasadena
Manuel A. Robledo
150 S. Los Robles Ave., #200
Pasadena, CA 91101

City of Riverside
Stephen Aronson
saronson@ci.riverside.ca.us

City of Vernon
Kenneth J. DeDario
kdedario@ci.vernon.ca.us

Coral Energy
Walter Cinibulk
wcinibulk@coral-energy.com

County of Los Angeles
 Stephen Crouch
 1100 N. Eastern Ave., Room 300
 Los Angeles, CA 90063

Davis Wright Tremaine, LLP
 Christopher Hilten
 chrishilten@dwt.com

Dept. of General Services
 Celia Torres
 celia.torres@dgs.ca.gov

Downey, Brand, Seymour & Rohwer
 Ann Trowbridge
 atrowbridge@dbsr.com

Dynegy
 Joseph M. Paul
 jmpa@dynegy.com

Gas Purchasing
 BC Gas Utility Ltd.
 16705 Fraser Highway
 Surrey, British Columbia, V3S 2X7

Goodin, MacBride, Squeri, Ritchie &
 Day, LLP
 James D. Squeri
 jsqueri@gmssr.com

David Huard
 dhuard@manatt.com

Jeffer, Mangels, Butler & Marmaro
 2 Embarcaero Center, 5th Floor
 San Francisco, CA 94111

LADWP
 Randy Howard
 P. O. Box 51111, Rm. 956
 Los Angeles, CA 90051-0100

Crossborder Energy
 Tom Beach
 tomb@crossborderenergy.com

Davis Wright Tremaine, LLP
 Edward W. O'Neill
 One Embarcadero Center, #600
 San Francisco, CA 94111-3834

Dept. of General Services
 Deniese Earley
 deniese.earley@dgs.ca.gov

Downey, Brand, Seymour & Rohwer
 Phil Stohr
 pstohr@dbsr.com

Edson & Modisette
 1015 K Street,, #200
 Sacramento, CA 95814

General Services Administration
 Facilities Management (9PM-FT)
 450 Golden Gate Ave.
 San Francisco, CA 94102-3611

Jacqueline Greig
 jnm@cpuc.ca.gov

Imperial Irrigation District
 K. S. Noller
 P. O. Box 937
 Imperial, CA 92251

Kern River Gas Transmission Company
 Janie Nielsen
 Janie.Nielsen@KernRiverGas.com

Law Office of Andrew J. Skaff
 Andrew Skaff
 andy@skafflaw.com

Pat Darish
 pdarish@acninc.com

Davis, Wright, Tremaine
 Judy Pau
 judypau@dwt.com

Dan Douglass
 douglass@energyattorney.com

Downey, Brand, Seymour & Rohwer
 Dan Carroll
 dcarroll@dbsr.com

Enserch Gas Marketing, Inc.
 Cathy Hawes
 353 Sacramento, St., Suite 400
 San Francisco, CA 94111

Goodin, MacBride, Squeri, Ritchie &
 Day, LLP
 J. H. Patrick
 hpatrick@gmssr.com

Hanna & Morton
 Norman A. Pedersen, Esq.
 npedersen@hanmor.com

JBS Energy
 Jeff Nahigian
 jeff@jbsenergy.com

LADWP
 Nevenka Ubavich
 nubavi@ladwp.com

Law Offices of Diane I. Fellman
 Diane Fellman
 difellman@fellmanlaw.com

Law Offices of William H. Booth
William Booth
wbooth@booth-law.com

Luce, Forward, Hamilton & Scripps
John Leslie
jleslie@luce.com

MRW & Associates
Robert Weisenmiller
mrw@mrwassoc.com

Matthew Brady & Associates
Matthew Brady
matt@bradylawus.com

National Utility Service, Inc.
Jim Boyle
One Maynard Drive, P. O. Box 712
Park Ridge, NJ 07656-0712

PG&E
Anita Smith
aws4@pge.com

PG&E
Sue Shaw
sxs9@pge.com

PG&E
Todd Novak
tsn2@pge.com

PG&E
Sharon Tatai
skt2@pge.com

PG&E National Energy Group
Eric Eisenman
eric.eisenman@neg.pge.com

Pacific Gas & Electric Co.
John Clarke
jpc2@pge.com

Praxair Inc
Rick Noger
rick_noger@praxair.com

Questar Southern Trails
Lenard Wright
Lenard.Wright@Questar.com

Ramesh Ramchandani
rxr@cpuc.ca.gov

Regulatory & Cogen Services, Inc.
Donald W. Schoenbeck
900 Washington Street, #780
Vancouver, WA 98660

Richard Hairston & Co.
Richard Hairston
hairstonco@aol.com

William Scott
wms@cpuc.ca.gov

Southern California Edison Co
Fileroom Supervisor
2244 Walnut Grove Ave., Room 290,
GO1
Rosemead, CA 91770

Southern California Edison Co
Karyn Gansecki
601 Van Ness Ave., #2040
San Francisco, CA 94102

Southern California Edison Co.
Colin E. Cushnie
cushnice@sce.com

Southern California Edison Co.
John Quinlan
john.quinlan@sce.com

Southern California Edison Co.
Kevin Cini
cinikr@sce.com

Southwest Gas Corp.
Edward Zub
P. O. Box 98510
Las Vegas, NV 89193-8510

Suburban Water System
Bob Kelly
1211 E. Center Court Drive
Covina, CA 91724

Sutherland, Asbill & Brennan
Keith McCrea
kmccrea@sablaw.com

TURN
Marcel Hawiger
marcel@turn.org

TURN
Mike Florio
mflorio@turn.org

Transwestern Pipeline Co.
Kelly Allen
kelly.allen@enron.com

Vandenberg AFB
Ken Padilla
ken.padilla@vandenberg.af.mil

<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Zaida Amaya-Pineda zca@cpuc.ca.gov</p>	<p>SEMPRA ENERGY GEORGETTA J. BAKER gbaker@sempra.com</p>	<p>COOPER, WHITE & COOPER ,L.L.P. JEFFREY F. BECK smalllecs@cwclaw.com</p>
<p>LATINO ISSUES FORUM SUSAN E. BROWN lifcentral@lif.org</p>	<p>BOBBURT ROBERT E. BURT bburt@macnexus.org</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Rashmi M. Bhatia rmb@cpuc.ca.gov</p>
<p>MICHAEL A. CARTELLI Mcart108@earthlink.net</p>	<p>PACIFIC GAS AND ELECTRIC COMPANY DANIEL COOLEY dfc2@pge.com</p>	<p>SOUTHERN CALIFORNIA EDISON LARRY R. COPE larry.cope@sce.com</p>
<p>WEST COAST GAS CO., INC. RAYMOND J. CZAHR westgas@aol.com</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Eugene Cadenasso cpe@cpuc.ca.gov</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Robert C. Cagen rcc@cpuc.ca.gov</p>
<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Mariana C Campbell mcl@cpuc.ca.gov</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Sherrene Chew spc@cpuc.ca.gov</p>	<p>DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES TIMOTHY DAYONOT tdayonot@csd.ca.gov</p>
<p>PACIFICORP MARISA DECRISTOFORO marisa.decristoforo@pacificorp.com</p>	<p>VERIZON CALIFORNIA INC. ELAINE DUNCAN elaine.duncan@verizon.com</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Karen A Degannes kdg@cpuc.ca.gov</p>
<p>SESCO, INC. RICHARD ESTEVES sesco@optonline.net</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Gilbert Escamilla gil@cpuc.ca.gov</p>	<p>MOUNTAIN UTILITIES GENE FERRIS gferris@ski-kirkwood.com</p>
<p>THE UTILITY REFORM NETWORK BOB FINKELSTEIN bfinkelstein@turn.org</p>	<p>PACIFIC GAS AND ELECTRIC COMPANY SYLVIA D. GARDNER sdg6@pge.com</p>	<p>SIERRA PACIFIC POWER CO. TERESA GARDNER tgardner@sppc.com</p>
<p>JAMES HODGES hodgesjl@pacbell.net</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Jessica T. Hecht jhe@cpuc.ca.gov</p>	<p>COUNTY OF RIVERSIDE MARIA JUAREZ mjuarez@riversidedpss.org</p>
<p>SOUTHWEST GAS CORPORATION WALLACE C. KOLBERG wally.kolberg@swgas.com</p>	<p>HEMSTREET ASSOCIATES IRINA KRISHPINOVICH irina@ideasarecheap.com</p>	<p>ALPINE NATURAL GAS OPERATING CO. #1 LLC MIKE LAMOND anginc@goldrush.com</p>
<p>PACIFIC GAS AND ELECTRIC COMPANY EVELYN C. LEE ecl8@pge.com</p>	<p>EL CONCILIO OF SAN MATEO ORTENSIA LOPEZ or10sia@aol.com</p>	<p>RESCUE DANIEL W. MEEK dan@meek.net</p>

AVISTA UTILITIES
KATHY MITCHELL
rateca@avistacorp.com

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY
MARGARET MOORE
mmoore@semprautilities.com

SOCAL WATER/BEAR VALLEY
ELECTRIC
RONALD MOORE
kswitzer@scwater.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Lynn A. Maack
lam@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Monica L. McCrary
mlm@cpuc.ca.gov

SIERRA PACIFIC POWER COMPANY
DAVID M. NORRIS
dnorris@sppc.com

BAY AREA POVERTY RESOURCE
COUNCIL
WILLIAM F. PARKER
wparker@baprc.com

QUALITY CONSERVATION SERVICES,
INC.
ALLAN RAGO
arago@qcscsca.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Manuel Ramirez
mzr@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Sarvjit S. Randhawa
ssr@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Stephen J. Rutledge
sjr@cpuc.ca.gov

COOPER, WHITE & COOPER, LLP
MARK P. SCHREIBER
mschreiber@cwclaw.com

LAW OFFICE OF ANDREW J. SKAFF
ANDREW J. SKAFF
andy@skafflaw.com

HOUSING CALIFORNIA
JULIE SNYDER
jsnyder@housingca.org

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY
FRANK A. SPASARO
fspasaro@semprautilities.com

SOUTHERN CALIFORNIA WATER
COMPANY
KEITH SWITZER
kswitzer@scwater.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Maria E. Stevens
mer@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
George S Tagnipes
jst@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Terrie J. Tannehill
tjt@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Sarah R Thomas
srt@cpuc.ca.gov

VERIZON HAWAII TEL.
LESLIE ALAN UEOKA
les.ueoka@verizon.com

FRESNO COUNTY ECONOMIC
OPPORTUNITIES COM
PAUL WHITE
paul.white@fresnoeoc.org

SAN DIEGO GAS AND ELECTRIC
COMPANY
YOLE WHITING
ywhiting@semprautilities.com

WINEGARD ENERGY, INC
WALLIS J. WINEGAR
wallis@winegardenergy.com

ALAN WOO
alanwoo@earthlink.net

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Donna L. Wagoner
dlw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Ivy Walker
imw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Josie Webb
wbb@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Carl W. Wood
cxw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Hallie Yacknin
hsy@cpuc.ca.gov

SOUTHERN CALIFORNIA EDISON
COMPANY
caseadmin@sce.com

ATTACHMENT B
Advice No. 3316-A

Cal. P.U.C. Sheet No.	Title of Sheet	Cancelling Cal. P.U.C. Sheet No.
Revised 37412-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Certification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6491-D (05/03), Sheet 1	Revised 37148-G Revised 36562-G
Revised 37413-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-Recertification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6674-A (05/03), Sheet 1	Revised 37149-G Revised 36564-G
Revised 37414-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Post-Enrollment Verification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6675-A (05/03), Sheet 1	Revised 37150-G Revised 36565-G
Revised 37415-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 36794-G
Revised 37416-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 37411-G

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6491-D (05/03)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3316-A
DECISION NO.



ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs


(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Jan 28, 2004
EFFECTIVE Jan 28, 2004
RESOLUTION NO. _____


Date:


Account Number:

California Alternate Rates for Energy (CARE) Application

-  **1 Check the total number of persons in your household:**
- One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
 Six (6) More than Six (6+), Number: _____
-  **Adults:** _____ **Children:** _____

-  **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**
- a. \$0 to \$23,000 d. \$32,501 to \$38,000
b. \$23,001 to \$27,000 e. \$38,001 to \$43,500
c. \$27,001 to \$32,500 f. More than \$43,500:
Total Income\$ _____

-  **3 Check all sources of income for your household:**
- Wages or Salaries Disability Payments TANF (AFDC)
Interest or Dividends from: Workers Compensation Food Stamps
 Savings Accounts, Social Security, SSI, SSP Child Support
 Stocks or Bonds, or Pensions Cash and/or
 Retirement Accounts Insurance Settlements Other Income
 Unemployment Benefits Legal Settlements Spousal
 Rental or Royalty Income Support
 Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
 Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

-  **4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the 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 The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete **1** through **4**?

Date:

Account Number:

How to Apply for the California Alternate Rates for Energy

(CARE) program: You may be eligible for a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may also qualify for a 60% discount on your Service Establishment Charge if you are qualified within 90 days of starting new gas service. To apply, please complete the application form included and return it in the envelope provided. You will receive your discount(s) once your completed, signed application is approved by The Gas Company.

Verification: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

Eligibility Requirements (All Must Be Met):

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
For each additional person in your household add \$5,500					

What Counts As Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200

Mandarin: 1-800-427-1429

Spanish: 1-800-342-4545

Korean: 1-800-427-0471

Cantonese: 1-800-427-1420

Vietnamese: 1-800-427-0478

Southern California Gas Company Form 6491-D (05/03)

Fecha:

Número de Cuenta:

**Solicitud para el programa de Tarifas
Alternativas para Energía en California (CARE)**

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

- Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
 Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____


 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos brutos anuales de su hogar:**

- | | |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> \$0 a \$23,000 | d. <input type="checkbox"/> \$32,501 a \$38,000 |
| b. <input type="checkbox"/> \$23,001 a \$27,000 | e. <input type="checkbox"/> \$38,001 a \$43,500 |
| c. <input type="checkbox"/> \$27,001 a \$32,500 | f. <input type="checkbox"/> Más de \$43,500, indique los ingresos totales: \$ _____ |

 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos o salarios | <input type="checkbox"/> Ingresos por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Intereses o Dividendos de: | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador |
| <input type="checkbox"/> Ahorros, | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Bonos o Acciones | <input type="checkbox"/> Seguro Social, SSI, SSP |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | <input type="checkbox"/> Estampillas de comida |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Apoyo económico para niños |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de renta o realeza | <input type="checkbox"/> Apoyo económico del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Pensión y Retiro | <input type="checkbox"/> Pólizas de seguros |
| <input type="checkbox"/> Becas, Apoyos económicos escolares, u otra ayuda para gastos de vivienda | <input type="checkbox"/> Acuerdos legales |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29) | <input type="checkbox"/> Donativos en efectivo |
| | <input type="checkbox"/> Otros ingresos |

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____

Southern California Gas Company Form 6491-D (05/03)

¿Llenó número **1** al **4**?

Fecha:

Número de Cuenta:

Cómo solicitar el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE): Usted puede ser elegible para un descuento de 20% en su cobro de gas en su domicilio principal. Usted también podría calificar para un descuento de 60% en el cobro del Servicio de Establecimiento si usted es aprobado dentro de 90 días del inicio de su servicio de gas. Para aplicar, por favor complete la solicitud incluida y regrésela en el sobre incluido. Usted recibirá el descuento(s) una vez que su completada y firmada aplicación es aprobada por The Gas Company.

Verificación: En una fecha posterior, pueda ser que se le pida que compruebe los ingresos de su hogar. Si se le pide, usted debe de proveer documentos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

Requisitos De Elegibilidad (Todos deben ser cumplidos):

- La cuenta de gas está a su nombre.
- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no es su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de aplicar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada dos años.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a The Gas Company dentro de 30 días de cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
Por cada persona adicional agregue \$5,500					

¿Que Cuenta como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetario relacionado con el empleo.

Usted también podría calificar para Asistencia de Energía del Hogar para consumidores de bajos ingresos (LIHEAP): 1-866-675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

日期：

帳號：

如何申請加州能源低費率 (CARE) 計劃

您的主要居住處所可能符合享有 20% 的瓦斯(煤氣)費折扣的條件。如果您啓用瓦斯(煤氣)服務的 90 天之內通過審核，還可以獲得 60% 的開戶手續費折扣。要申請取得瓦斯(煤氣)費用的折扣，請填妥申請表格後，用隨附上的回郵信封，寄回瓦斯公司(The Gas Company[®])。在 The Gas Company 核准經您填寫簽名的申請表後，您即可獲得折扣。

驗證：本公司稍後可能要求您提出合格參加本計劃的證明。如經要求，您必須提出所有居住人的經濟來源證明文件，若您不回覆或經查核後認定您不合格，您可能會收到更正的帳單。

申請條件（須完全符合）：

- 瓦斯帳單上必須是您的名字。
- 您不能是其他人報稅單上的被撫養人（除了您的配偶外）。
- 您的家庭年總收入(年收入包含所有居住府上者的收入和補助)- 在抵稅前 -不能超過下面表格所列的金額。
- 每搬一次家,就必須重新申請一次。
- 每隔兩年，須重新申請此計劃。
- 如被要求，須提出證明文件。
- 如您的資格有更改，您必須在 30 天內通知瓦斯公司。

居住人數:	1	2	3	4	5	6
全家人所有來源的年總收入不能超過 每增加一人加 \$5,500	\$23,000	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500

什麼是應計算在內的家庭總收入？

家庭總收入是指所有住在府上的人的所有經濟來源，包括但不限於：工資、薪水、利息、紅利、配偶和子女贍養費、政府補助金、社會安全金和退休金、租金收入、自僱收入和所有與工作有關的非現金收入。

您也許有資格申請下列補助計劃:

LIHEAP - 低收入家庭能源補助計劃。請致電 **1-866-675-6623**。

DAP - 直接協助計劃提供節約能源服務。請致電 **1-800-331-7593**。

如欲索取進一步資料，或需協助填表，請致電瓦斯公司:

英語： **1-800-427-2200** 國語： **1-800-427-1429** 西語： **1-800-342-4545**

韓語： **1-800-427-0471** 粵語： **1-800-427-1420** 越語： **1-800-427-0478**

Southern California Gas Company Form 6491-D (05/03)

日期:

帳號:

加州能源低費率 (CARE) 計劃申請表 (Application)



1 請標示您府上的居住人口總數:

- 一 (1) 二 (2) 三 (3) 四 (4) 五 (5)
 六 (6) 超過六人 (6+), 總人數: _____



成人: _____ 小孩: _____



2 請標示府上所有人的年收入及經濟來源總額:

- a. \$0 至 \$23,000 d. \$32,501 至 \$38,000
b. \$23,001 至 \$27,000 e. \$38,001 至 \$43,500
c. \$27,001 至 \$32,500 f. 超過 \$43,500, 總收入 \$ _____



3 請從下列項目中註明您的經濟來源:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 薪資和佣金 | <input type="checkbox"/> 殘障福利金 | <input type="checkbox"/> TANF |
| 利息或以下紅利收入: | <input type="checkbox"/> 勞工賠償 | (以前的 AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 儲蓄帳戶 | <input type="checkbox"/> 社會安全福利金/SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 食物券 |
| <input type="checkbox"/> 股票或債券 | <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 小孩贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 退休帳戶 | <input type="checkbox"/> 保險賠償 | <input type="checkbox"/> 現金餽贈和/或
其他收入 |
| <input type="checkbox"/> 失業福利金 | <input type="checkbox"/> 法律賠償 | <input type="checkbox"/> 配偶贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 租金或權利金收入 | | |
| <input type="checkbox"/> 助學金, 獎學金或其他生活補助金 | | |
| <input type="checkbox"/> 自由業收入(IRS Form 1040, Schedule C, line 29) | | |



4 請問您是否是其他報稅人稅單上的被撫養人(配偶不算)? 是 否

聲明和個人證明: 我願意證明上述申請資料正確屬實, 若需要我也同意提供經濟來源證明, 我同意若我不再符合條件時, 即通知 The Gas Company, 我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣, 我了解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和他們的業務代表以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: _____

日期: _____

電話號碼:(____) _____

您是否填寫了 1 至 4 項?

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 요금제 전환 (CARE) 프로그램 신청 방법: 귀하께서는 주 거주지의 가스 요금을 20% 할인 받을 수도 있습니다. 또한, 새로 가스 서비스가 시작된 지 90일 이내에 자격 조건이 해당되는 경우에는 '가스 가설료'의 60%를 할인 받을 수도 있습니다. 본 프로그램을 신청하시려면, 첨부된 신청서에 모두 기입하신 후 반송 봉투에 넣어 보내주십시오. 작성하여 서명한 신청서가 The Gas Company®로부터 승인되면 할인 요금이 적용됩니다.

자격 확인: 나중에 귀하가 CARE의 자격을 갖추고 있는 지에 대한 확인을 요구 받을 지도 모릅니다. 그렇게 되면, 귀하는 귀하의 세대원 전체의 소득 증빙 자료를 제출하여야 합니다. 귀하가 확인 요구에 응하지 않거나 자격이 없는 것으로 판명되면 수정된 고지서를 받을 가능성이 있습니다.

자격 요건 (모두 해당되어야 함):

- 가스 요금 고지서가 귀하의 명의로 되어 있어야 합니다.
- 배우자를 제외한 세대원 중 누구도 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 없어야 합니다.
- 귀하의 연간 가구 소득 (모든 세대원이 얻는 소득 또는 지원금)의 세금 공제 전 총액이 아래에 나오는 소득 수준 미만이어야 합니다.
- 이사하실 때마다 새로 신청하셔야 합니다.
- 2년마다 CARE 신청서를 새로 작성하셔야 합니다.
- CARE 자격 사항에 대한 확인 요구를 받으면, 그에 응하셔야 합니다.
- 자격 변동 사항이 있으면 그로부터 30일 이내에 The Gas Company에 통지하여야 합니다.

세대원의 수:	1 혹은 2	3	4	5	6
연간 가구 소득 한도액:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
세대원이 6명 초과시는 1인당 \$5,500씩 추가					

수입으로 간주되는 것은? 가구 소득 총액은 세대원 전부가 각종 소득원으로부터 얻는 모든 수입으로서 다음을 모두 포함하지만 이것들에만 국한되지는 않습니다: 노임, 봉급, 이자, 배당금, 배우자 및 자녀 부양비, 공공 보조금, 사회 보장금 및 연금, 임대 소득, 자영 소득, 직업 관련 모든 비현금 소득 등.

귀하는 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP): 전화 1-866-675-6623 또는 직접 지원 프로그램 (DAP): 전화 1-800-331-7593의 지원을 받을 자격이 될 수도 있습니다.

영어: 1-800-427-2200 북경어: 1-800-427-1429 스페인어: 1-800-342-4545
 한국어: 1-800-427-0471 광둥어: 1-800-427-1420 베트남어: 1-800-427-0478

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 요금제 전환 (CARE) 신청서

👁️ ① 귀하의 세대원 수 전체를 표시하십시오.

- 1명 2명 3명 4명 5명
 6명 6명 초과시 세대원 수: _____
 👤 성인: _____ 어린이: _____

👁️ ② 귀하의 전체 세대원이 모든 소득원으로부터 얻는 연간 가구 소득 총액을 표시하십시오.

- a. \$0 ~ \$23,000 d. \$32,501 ~ \$38,000
 b. \$23,001 ~ \$27,000 e. \$38,001 ~ \$43,500
 c. \$27,001 ~ \$32,500 f. \$43,500 초과시, 소득 총액 \$ _____

👁️ ③ 귀하의 모든 소득원을 표시하십시오.

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 노임 또는 봉급 | <input type="checkbox"/> 장애자 지원 | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 이자 또는 배당금 (아래 출처) | <input type="checkbox"/> 산재 보상금 | <input type="checkbox"/> 식품 구매권 |
| <input type="checkbox"/> 예금 계좌 | <input type="checkbox"/> 사회보장금, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> 자녀 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 주식 또는 채권 | <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 현금이나 기타 소득 |
| <input type="checkbox"/> 은퇴 계좌 | <input type="checkbox"/> 보험 합의금 | <input type="checkbox"/> 배우자 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 실업 수당 | <input type="checkbox"/> 법적 합의금 | |
| <input type="checkbox"/> 임대 또는 로열티 소득 | | |
| <input type="checkbox"/> 장학금, 보조금, 또는 기타 생활비 지원금 | | |
| <input type="checkbox"/> 자영업 수익 (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29번째 줄) | | |

👁️ ④ 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 있는 사람이 있습니까? (배우자 제외) 예 아니오

신상 증명에 대한 서약: 본인은 이 신청서에 기재한 모든 내용이 진실이며 사실과 다르지 않음을 서약합니다. 본인은 요청이 있을 경우 소득 증빙자료를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 할인 받을 자격을 더 이상 갖지 않게 되면, The Gas Company에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 자격이 없는 상태에서 받은 할인 혜택이 있을 경우, 추후에 그 할인 금액의 반환을 요구 받을 수 있음을 인정합니다. The Gas Company에서 다른 공공 사업체나 대행업체에게 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시키기 위해 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다.

서명: _____ ✍️ 날짜: _____

☎️ 전화번호: () _____ ① 번에서 ④ 번까지 모두 작성하셨습니까?

Ngày:

Số trương mục:

Cách Làm Đơn Xin Hưởng Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)

Quý vị có thể hợp lệ để được giảm 20% trên hóa đơn Gas tại nơi cư ngụ chính của quý vị. Quý vị cũng có thể hợp lệ để được giảm 60% trên Lệ Phí Thiết Lập Dịch Vụ nếu quý vị hội đủ điều kiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày bắt đầu dịch vụ mới. Muốn ghi danh, xin điền vào mẫu đơn và gửi lại cho The Gas Company®. Quý vị sẽ được hưởng giá giảm sau khi đơn xin đã được điền đầy đủ với chữ ký của quý vị được The Gas Company chấp thuận.

Chứng Thực: Về sau này, quý vị có thể được yêu cầu chứng thực tình trạng hợp lệ của quý vị để hưởng chương trình CARE. Nếu được yêu cầu, quý vị phải cung cấp các chứng từ lợi tức của tất cả mọi người sống trong nhà quý vị. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ, hoặc chúng tôi xét thấy quý vị không hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị hóa đơn điều chỉnh lại số tiền đã giảm.

Các Điều Kiện Đòi Hỏi (Phải hội đủ tất cả các điều kiện sau):

- Hóa đơn gas do quý vị đứng tên.
- Không ai được khai quý vị là người phụ thuộc trong mẫu khai thuế lợi tức của người ấy (trừ người hôn phối của quý vị).
- **Lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị (tức tổng số lợi tức hoặc trợ cấp mà tất cả những người sống trong nhà quý vị nhận được) - trước mọi khấu trừ - không quá mức quy định liệt kê ở phần dưới.**
- Quý vị làm đơn lại để xin gia nhập chương trình CARE mỗi khi thay đổi chỗ ở.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia hạn chương trình CARE mỗi hai năm một lần.
- Quý vị chứng thực tình trạng hợp lệ của mình nếu được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày về những thay đổi có ảnh hưởng đến tình trạng hợp lệ của quý vị.

Số người trong nhà:	1	2	3	4	5	6
Tổng số lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị không vượt quá:	\$23,000	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
Mỗi người phụ trội trong nhà, cộng thêm \$5,500						

Những Gì Được Coi Là Lợi Tức?

Tổng số lợi tức của cả nhà là tổng cộng các thu nhập của tất cả mọi người trong nhà quý vị, bất cứ từ những nguồn thu nhập nào, bao gồm, nhưng không hạn chế, những thứ như: tiền lương, bổng lộc, tiền lãi, tiền lời cổ phần, tiền cấp dưỡng nuôi con hay người hôn phối, tiền trợ cấp xã hội, tiền hưu trí và An Sinh Xã Hội, tiền cho thuê nhà, lợi tức từ việc làm tự do, và tất cả các lợi tức không dưới hình thức hiện kim, liên quan đến việc làm.

Một số chương trình và dịch vụ khác mà quý vị có thể hợp lệ để được hưởng:

LIHEAP - Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp. Hãy gọi: 1-866-675-6623.

DAP - Chương Trình Trợ Giúp Trực Tiếp của The Gas Company. Hãy gọi: 1-800-331-7593.

Muốn giao dịch bằng những ngôn ngữ khác, xin gọi THE GAS COMPANY tại các số điện thoại dưới đây:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tiếng Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Đại Hàn: 1-800-427-0471

Tiếng Việt Nam: 1-800-427-0478

Ngày:

Số Trương Mục:

Đơn Xin Gia Nhập Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)



❶ **Đánh dấu vào ô thích hợp với số người trong nhà của quý vị:**

- Một (1) Hai (2) Ba (3) Bốn (4) Năm (5)
 Sáu (6) Nhiều hơn sáu người (6+), số người: _____



Người lớn: _____ Trẻ em: _____ Tổng cộng: _____



❷ **Đánh dấu vào ô thích hợp với tổng số lợi tức hàng năm của tất cả những người sống trong nhà của quý vị, từ mọi nguồn thu nhập:**

- a. \$0 tới \$23,000 d. \$32,501 tới \$38,000
b. \$23,001 tới \$27,000 e. \$38,001 tới \$43,500
c. \$27,001 tới \$32,500 f. Nhiều hơn \$43,500, Tổng số lợi tức: \$ _____



❸ **Đánh dấu vào ô thích hợp với tất cả các nguồn lợi tức của mọi người trong nhà quý vị:**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lương hay bổng lộc | <input type="checkbox"/> Tiền tàn tật | <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp xã hội (TANF, AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Tiền lãi hay tiền lời cổ phần từ | <input type="checkbox"/> Tiền tai nạn lao động | <input type="checkbox"/> Phiếu thực phẩm |
| <input type="checkbox"/> Trương mục tiết kiệm | <input type="checkbox"/> Tiền An Sinh Xã Hội, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng con cái |
| <input type="checkbox"/> Chứng khoán hoặc trái phiếu | <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền mặt và/hoặc Các lợi tức khác |
| <input type="checkbox"/> Trương mục hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền bảo hiểm trả | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng do người hôn phối |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền do vụ kiện trả | |
| <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà hay tiền bản quyền | | |
| <input type="checkbox"/> Học bổng, phụ cấp, hay các trợ cấp khác dùng cho đời sống | | |
| <input type="checkbox"/> Lợi tức từ việc làm tự do (Mẫu thuế 1040, Bảng Kê C, dòng 29) | | |



❹ **Có người nào (trừ người hôn phối của quý vị) khai quý vị là người phụ thuộc trên mẫu khai thuế của họ không? Có Không**

Lời khai và tự xác nhận: Tôi xác nhận rằng những điều tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp tất cả các tài liệu về thu nhập nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho The Gas Company khi tôi không còn hợp lệ để được hưởng sự giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận bất cứ sự giảm giá nào mà không hội đủ điều kiện, tôi có thể sẽ bị yêu cầu trả lại số tiền đã nhận. Tôi cũng hiểu rằng The Gas Company có thể sẽ chia sẻ những tin tức của tôi với các cơ quan cung cấp tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để được ghi danh vào những chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: _____



Ngày: _____



Số điện thoại: (____) _____

Quý vị đã điền đầy đủ từ câu ❶ đến hết câu ❹ chưa?

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Recertification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6674-A (05/03)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3316-A
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Jan 28, 2004
EFFECTIVE Jan 28, 2004
RESOLUTION NO. _____

Date:

Account Number:

Check this box if you no longer qualify for CARE.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Recertification

 **1 Check the total number of persons in your household:**

- One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
 Six (6) More than Six (6+), Number: _____


 **Adults:** _____ **Children:** _____

 **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**

- a. \$0 to \$23,000 d. \$32,501 to \$38,000
b. \$23,001 to \$27,000 e. \$38,001 to \$43,500
c. \$27,001 to \$32,500 f. More than \$43,500:
Total Income \$ _____

 **3 Check all sources of income for your household:**

- Wages or Salaries Disability Payments TANF (AFDC)
Interest or Dividends from: Workers Compensation Food Stamps
 Savings Accounts, Social Security, SSI, SSP Child Support
 Stocks or Bonds, or Pensions Cash and/or
 Retirement Accounts Insurance Settlements Other Income
 Unemployment Benefits Legal Settlements Spousal
 Rental or Royalty Income Support
 Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
 Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

 **4 Can anyone else claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the 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 The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.: (____) _____ Did you complete **1** through **4**?

Date:

Account Number:

How to Recertify for the California Alternate Rates for Energy

(CARE) program: You currently receive a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You must recertify your eligibility to continue receiving this discount. To recertify, please complete the application form included and return it in the envelope provided. Your discount will continue if your completed, signed application is approved by The Gas Company within 30 days.

Verification: You may be asked at a later date to verify your household's eligibility for CARE. If requested, you must provide proof of income for all persons living in your household. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

Eligibility Requirements (All Must Be Met):

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
For each additional person in your household add \$5,500					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-866-675-6623, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200
Korean: 1-800-427-0471

Mandarin: 1-800-427-1429
Cantonese: 1-800-427-1420

Spanish: 1-800-342-4545
Vietnamese: 1-800-427-0478

Fecha:


Número de Cuenta:

Marque éste cuadro, si usted no califica para el Programa CARE.

Recertificación para el programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

- Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
- Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____


 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos anuales de su hogar:**

- a. \$0 a \$23,000 d. \$32,501 a \$38,000
- b. \$23,001 a \$27,000 e. \$38,001 a \$43,500
- c. \$27,001 a \$32,500 f. Más de \$43,500, indique los ingresos
totales: \$ _____


 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos o salarios | <input type="checkbox"/> Ingresos por incapacidad |
| Intereses o Dividendos de: | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador |
| <input type="checkbox"/> Ahorros, | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Bonos o Acciones | <input type="checkbox"/> Seguro Social, SSI, SSP |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | <input type="checkbox"/> Estampillas de comida |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Apoyo económico para niños |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de renta o realeza | <input type="checkbox"/> Apoyo económico del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Pensión y Retiro | <input type="checkbox"/> Pólizas de seguros |
| <input type="checkbox"/> Becas, Apoyos económicos
escolares, u otra ayuda para
gastos de vivienda | <input type="checkbox"/> Acuerdos legales |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29) | <input type="checkbox"/> Donativos en efectivo |
| | <input type="checkbox"/> Otros ingresos |

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono;** (____) _____ ¿Llenó número **1** al **4**?

Fecha:

Número de Cuenta:

Cómo Recertificar para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE): Usted está recibiendo la tarifa de 20% de descuento en su cobro de gas en su domicilio principal. Usted debe de recertificar su elegibilidad para continuar recibiendo éste descuento. Para recertificar, por favor complete la aplicación incluida y regrésela en el sobre incluido. Su descuento continuará si su completada, firmada, aplicación es aprobada por The Gas Company dentro de 30 días.

Verificación: En una fecha posterior, pueda ser que se le pida que compruebe los ingresos de su hogar. Si se le pide, usted debe de proveer documentos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

Requisitos De Elegibilidad (Todos deben ser cumplidos):

- La cuenta de gas está a su nombre.
- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no es su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de aplicar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada dos años.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a The Gas Company dentro de 30 días de cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
Por cada persona adicional agregue \$5,500					

¿Que Cuenta como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetario relacionado con el empleo.

Usted también podría calificar para Asistencia de Energía del Hogar para consumidores de bajos ingresos (LIHEAP): 1-866-675-6623, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

日期：

帳號：

如何重新證明您符合參加加州能源低費率 (CARE) 計劃的資格：

您的主要居住處目前享有 20% 的瓦斯(煤氣)費折扣。您必須再證明您符合繼續享有瓦斯(煤氣)費折扣的資格，請填妥申請表格，並寄回瓦斯公司(The Gas Company®)，以完成再證明手續。三十天內，若 The Gas Company 核准經您填寫簽名的申請表，您即可繼續享有折扣。

驗證：本公司稍後可能要求您提出合格參加本計劃的證明。如經要求，您必須提供所有居住人的經濟來源證明文件，若您不回覆或經查核後認定您不合格，您可能會收到更正的帳單。

申請條件（須完全符合）：

- 瓦斯帳單上必須是您的名字。
- 您不能是其他人報稅單上的被撫養人（除了您的配偶外）。
- 您的家庭年總收入(年收入包含所有居住府上者的收入和補助)-在抵稅前-不能超過下面表格所列的金額。
- 每搬一次家,就必須重新申請一次。
- 每隔兩年，須重新申請此計劃。
- 如被要求，須提出證明文件。
- 如您的資格有更改，您必須在 30 天內通知瓦斯公司。

居住人數:	1	2	3	4	5	6
全家人所有來源的年總收入不能超過	\$23,000	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
每增加一人加	\$5,500					

什麼是應計算在內的家庭總收入？

家庭總收入是指所有住在府上的人的所有經濟來源，包括但不限於：工資、薪水、利息、紅利、配偶和子女贍養費、政府補助金、社會安全金和退休金、租金收入、自僱收入和所有與工作有關的非現金收入。

您也許有資格申請下列補助計劃:

LIHEAP - 低收入家庭能源補助計劃。請致電 **1-866-675-6623**。

DAP - 直接協助計劃提供節約能源服務。請致電 **1-800-331-7593**。

如欲索取進一步資料，或需協助填表，請致電瓦斯公司:

英語： **1-800-427-2200** 國語： **1-800-427-1429** 西語： **1-800-342-4545**

韓語： **1-800-427-0471** 粵語： **1-800-427-1420** 越語： **1-800-427-0478**

Southern California Gas Company Form 6674-A (05/03)

日期:

帳號:

若您已不再符合加州能源低費率(CARE)計劃資格，請勾選本欄。

加州能源低費率(CARE)計劃復審申請表 (Recertification)



❶ 請標示您府上的居住人口總數:

- 一 (1) 二 (2) 三 (3) 四 (4) 五 (5)
 六 (6) 超過六人 (6+), 總人數: _____

 成人: _____  小孩: _____



❷ 請標示府上所有人的年收入及經濟來源總額:

- a. \$0 至 \$23,000 d. \$32,501 至 \$38,000
 b. \$23,001 至 \$27,000 e. \$38,001 至 \$43,500
 c. \$27,001 至 \$32,500 f. 超過 \$43,500, 總收入 \$ _____



❸ 請從下列項目中註明您的經濟來源:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 薪資和佣金 | <input type="checkbox"/> 殘障福利金 | <input type="checkbox"/> TANF |
| 利息或以下紅利收入: | <input type="checkbox"/> 勞工賠償 | (以前的 AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 儲蓄帳戶 | <input type="checkbox"/> 社會安全福利金/SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 食物券 |
| <input type="checkbox"/> 股票或債券 | <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 小孩贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 退休帳戶 | <input type="checkbox"/> 保險賠償 | <input type="checkbox"/> 現金餽贈和/或
其他收入 |
| <input type="checkbox"/> 失業福利金 | <input type="checkbox"/> 法律賠償 | <input type="checkbox"/> 配偶贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 租金或權利金收入 | | |
| <input type="checkbox"/> 助學金, 獎學金或其他生活補助金 | | |
| <input type="checkbox"/> 自由業收入(IRS Form 1040, Schedule C, line 29) | | |



❹ 請問您是否其他報稅人稅單上的被撫養人(配偶不算)? 是 否

聲明和個人證明: 我願意證明上述申請資料正確屬實, 若需要我也同意提供經濟來源證明, 我同意若我不再符合條件時, 即通知 The Gas Company, 我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣, 我了解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和他們的業務代表以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: _____ 日期: _____

☎ 電話號碼: (____) _____ 您是否填寫了❶至❹項?

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 프로그램을 위한 재증명 방법: 귀하께서는 현재 주 거처에서 가스 요금의 20%를 할인 받고 계십니다. 이 할인을 계속 받으시려면 귀하의 자격을 재증명해야 합니다. 재증명하시려면 동봉된 신청서를 작성하여 제공된 봉투에 넣어 보내주시기 바랍니다. 30일 이내에 귀하가 작성하고 서명한 신청서를 The Gas Company®에서 승인할 경우 할인이 계속 됩니다.

자격 확인: 나중에 귀택이 CARE의 자격을 갖추고 있는 지에 대한 확인을 요구 받을 지도 모릅니다. 그렇게 되면, 귀하는 귀택의 세대원 전체의 소득 증빙 자료를 제출하여야 합니다. 귀하가 확인 요구에 응하지 않거나 자격이 없는 것으로 판명되면 수정된 고지서를 받을 가능성이 있습니다.

자격 요건 (모두 해당되어야 함):

- 가스 요금 고지서가 귀하의 명의로 되어 있어야 합니다.
- 배우자를 제외한 세대원 중 누구도 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 없어야 합니다.
- 귀택의 연간 가구 소득 (모든 세대원이 얻는 소득 또는 지원금)의 세금 공제 전 총액이 아래에 나오는 소득 수준 미만이어야 합니다.
- 이사하실 때마다 새로 신청하셔야 합니다.
- 2년마다 CARE 신청서를 새로 작성하셔야 합니다.
- CARE 자격 사항에 대한 확인 요구를 받으면, 그에 응하셔야 합니다.
- 자격 변동 사항이 있으면 그로부터 30일 이내에 The Gas Company에 통지하여야 합니다.

세대원의 수:	1 혹은 2	3	4	5	6
연간 가구 소득 한도액:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
세대원이 6명 초과시는 1인당 \$5,500씩 추가					

수입으로 간주되는 것은? 가구 소득 총액은 세대원 전부가 각종 소득원으로부터 얻는 모든 수입으로서 다음을 모두 포함하지만 이것들에만 국한되지는 않습니다: 노임, 봉급, 이자, 배당금, 배우자 및 자녀 부양비, 공공 보조금, 사회 보장금 및 연금, 임대 소득, 자영 소득, 직업 관련 모든 비현금 소득 등.

귀하는 저소득 가정 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP): 전화 1-866-675-6623 또는 직접 지원 프로그램 (DAP): 전화 1-800-331-7593의 지원을 받을 자격이 될 수도 있습니다.

영어: 1-800-427-2200

북경어: 1-800-427-1429

스페인어: 1-800-342-4545

한국어: 1-800-427-0471

광둥어: 1-800-427-1420

베트남어: 1-800-427-0478

날짜:

Recertification

고객관리번호:

CARE 수혜 자격이 더 이상 없을 경우 이 상자에 체크하십시오.

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 신청서

① 귀댁의 세대원 수 전체를 표시하십시오.

- 1명 2명 3명 4명 5명
- 6명 6명 초과시 세대원 수: _____
- 성인: _____ 어린이: _____

② 귀댁의 전체 세대원이 모든 소득원으로부터 얻는 연간 가구 소득 총액을 표시하십시오.

- a. \$0 ~ \$23,000 d. \$32,501 ~ \$38,000
- b. \$23,001 ~ \$27,000 e. \$38,001 ~ \$43,500
- c. \$27,001 ~ \$32,500 f. \$43,500 초과시, 소득 총액 \$ _____

③ 귀댁의 모든 소득원을 표시하십시오.

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 노임 또는 봉급 | <input type="checkbox"/> 장애자 지원 | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 이자 또는 배당금 (아래 출처) | <input type="checkbox"/> 산재 보상금 | <input type="checkbox"/> 식품 구매권 |
| <input type="checkbox"/> 예금 계좌 | <input type="checkbox"/> 사회보장금, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> 자녀 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 주식 또는 채권 | <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 현금이나 기타 소득 |
| <input type="checkbox"/> 은퇴 계좌 | <input type="checkbox"/> 보험 합의금 | <input type="checkbox"/> 배우자 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 실업 수당 | <input type="checkbox"/> 법적 합의금 | |
| <input type="checkbox"/> 임대 또는 로열티 소득 | | |
| <input type="checkbox"/> 장학금, 보조금, 또는 기타 생활비 지원금 | | |
| <input type="checkbox"/> 자영업 수익 (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29번째 줄) | | |

④ 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 있는 사람이 있습니까? (배우자 제외) 예 아니오

신상 증명에 대한 서약: 본인은 이 신청서에 기재한 모든 내용이 진실이며 사실과 다르지 않음을 서약합니다. 본인은 요청이 있을 경우 소득 증빙자료를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 할인 받을 자격을 더 이상 갖지 않게 되면, The Gas Company에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 자격이 없는 상태에서 받은 할인 혜택이 있을 경우, 추후에 그 할인 금액의 반환을 요구 받을 수 있음을 인정합니다. The Gas Company에서 다른 공공 사업체나 대행업체에게 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시키기 위해 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다.

서명: _____ ✍ 날짜: _____

전화번호: (____) _____ ① 번에서 ④ 번까지 모두 작성하셨습니까?

Ngày:

Số trạng mục:

Làm Thế Nào Để Tái Xác Nhận Tình Trạng Hợp Lệ Để Tiếp Tục Hưởng

Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE): Quý vị hiện đang được giảm 20% trên hóa đơn Gas tại nơi cư ngụ chính của quý vị. Quý vị phải tái xác nhận tình trạng hợp lệ của mình để tiếp tục nhận giá giảm này. Để tái xác nhận, xin điền vào mẫu đơn và gửi lại cho The Gas Company® trong phong bì kèm theo đây. Giá giảm sẽ tiếp tục được áp dụng nếu đơn xin đã được điền đầy đủ với chữ ký của quý vị được The Gas Company chấp thuận trong vòng 30 ngày.

Chứng Thực: Về sau này, quý vị có thể được yêu cầu chứng thực tình trạng hợp lệ của quý vị để hưởng chương trình CARE. Nếu được yêu cầu, quý vị phải cung cấp các chứng từ lợi tức của tất cả mọi người sống trong nhà quý vị. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ, hoặc chúng tôi xét thấy quý vị không hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị hóa đơn điều chỉnh lại số tiền đã giảm.

Các Điều Kiện Đòi Hỏi (Phải hội đủ tất cả các điều kiện sau):

- Hóa đơn gas do quý vị đứng tên.
- Không ai được khai quý vị là người phụ thuộc trong mẫu khai thuế lợi tức của người ấy (trừ người hôn phối của quý vị).
- Lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị (tức tổng số lợi tức hoặc trợ cấp mà tất cả những người sống trong nhà quý vị nhận được) - trước mọi khấu trừ - không quá mức quy định liệt kê ở phần dưới.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia nhập chương trình CARE mỗi khi thay đổi chỗ ở.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia hạn chương trình CARE mỗi hai năm một lần.
- Quý vị chứng thực tình trạng hợp lệ của mình nếu được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày về những thay đổi có ảnh hưởng đến tình trạng hợp lệ của quý vị.

Số người trong nhà:	1	2	3	4	5	6
Tổng số lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị không vượt quá:	\$23,000	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
Mỗi người phụ trợ trong nhà, cộng thêm \$5,500						

Những Gì Được Coi Là Lợi Tức?

Tổng số lợi tức của cả nhà là tổng cộng các thu nhập của tất cả mọi người trong nhà quý vị, bắt cứ từ những nguồn thu nhập nào, bao gồm, nhưng không hạn chế, những thứ như: tiền lương, bổng lộc, tiền lãi, tiền lời cổ phần, tiền cấp dưỡng nuôi con hay người hôn phối, tiền trợ cấp xã hội, tiền hưu trí và An Sinh Xã Hội, tiền cho thuê nhà, lợi tức từ việc làm tự do, và tất cả các lợi tức không dưới hình thức hiện kim, liên quan đến việc làm.

Một số chương trình và dịch vụ khác mà quý vị có thể hợp lệ để được hưởng:

LIHEAP - Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp. Hãy gọi: **1-866-675-6623**.

DAP - Chương Trình Trợ Giúp Trực Tiếp của The Gas Company. Hãy gọi: **1-800-331-7593**.

Muốn giao dịch bằng những ngôn ngữ khác, xin gọi THE GAS COMPANY tại các số điện thoại dưới đây:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200 Tiếng Quan Thoại: 1-800-427-1429 Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Đại Hàn: 1-800-427-0471 Tiếng Quảng Đông: 1-800-427-1420 Tiếng Việt Nam: 1-800-427-0478

Ngày:

Recertification

Số Trương Mục:

Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị không hội đủ điều kiện tham gia chương trình CARE nữa.

Đơn Tái Xác Nhận Tình Trạng Hợp Lệ Cho Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)



➊ Đánh dấu vào ô thích hợp với số người trong nhà của quý vị:

- Một (1) Hai (2) Ba (3) Bốn (4) Năm (5)
 Sáu (6) Nhiều hơn sáu người (6+), số người: _____



Người lớn: _____ Trẻ em: _____ Tổng cộng: _____



➋ Đánh dấu vào ô thích hợp với tổng số lợi tức hàng năm của tất cả những người sống trong nhà của quý vị, từ mọi nguồn thu nhập:

- a. \$0 tới \$23,000 d. \$32,501 tới \$38,000
b. \$23,001 tới \$27,000 e. \$38,001 tới \$43,500
c. \$27,001 tới \$32,500 f. Nhiều hơn \$43,500, Tổng số lợi tức: \$ _____



➌ Đánh dấu vào ô thích hợp với tất cả các nguồn lợi tức của mọi người trong nhà quý vị:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lương hay bổng lộc | <input type="checkbox"/> Tiền tàn tật | <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp xã hội (TANF, AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Tiền lãi hay tiền lời cổ phần từ | <input type="checkbox"/> Tiền tai nạn lao động | <input type="checkbox"/> Phiếu thực phẩm |
| <input type="checkbox"/> Trưng mục tiết kiệm | <input type="checkbox"/> Tiền An Sinh Xã Hội, SSI, SSP | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng con cái |
| <input type="checkbox"/> Chứng khoán hoặc trái phiếu | <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền mặt và/hoặc |
| <input type="checkbox"/> Trưng mục hưu trí | <input type="checkbox"/> Tiền bảo hiểm trả | <input type="checkbox"/> Các lợi tức khác |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền do vụ kiện trả | <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng do người hôn phối |
| <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà hay tiền bản quyền | | |
| <input type="checkbox"/> Học bổng, phụ cấp, hay các trợ cấp khác dùng cho đời sống | | |
| <input type="checkbox"/> Lợi tức từ việc làm tự do (Mẫu thuế 1040, Bảng Kê C, dòng 29) | | |



➍ Có người nào (trừ người hôn phối của quý vị) khai quý vị là người phụ thuộc trên mẫu khai thuế của họ không? Có Không

Lời khai và tự xác nhận: Tôi xác nhận rằng những điều tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp tất cả các tài liệu về thu nhập nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho The Gas Company khi tôi không còn hợp lệ để được hưởng sự giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận bất cứ sự giảm giá nào mà không hội đủ điều kiện, tôi có thể sẽ bị yêu cầu trả lại số tiền đã nhận. Tôi cũng hiểu rằng The Gas Company có thể sẽ chia sẻ những tin tức của tôi với các cơ quan cung cấp tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để được ghi danh vào những chương trình hỗ trợ của họ.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Số điện thoại: (____) _____ Quý vị đã điền đầy đủ từ câu ➊ đến hết câu ➍ chưa?

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Post-Enrollment Verification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6675-A (05/03)

Sheet 1

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3316-A
DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
Vice President
Regulatory Affairs



(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Jan 28, 2004
EFFECTIVE Jan 28, 2004
RESOLUTION NO. _____


Date:


Account Number:


Check this box if you no longer qualify for CARE.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Verification

-  **1 Check the total number of persons in your household:**
- One (1) Two (2) Three (3) Four (4) Five (5)
 Six (6) More than Six (6+), Number: _____
-  **Adults:** _____ **Children:** _____

-  **2 Check the total yearly household income for all persons in your household from all sources:**
- a. \$0 to \$23,000 d. \$32,501 to \$38,000
b. \$23,001 to \$27,000 e. \$38,001 to \$43,500
c. \$27,001 to \$32,500 f. More than \$43,500:
Total Income\$ _____

-  **3 Check all sources of income for your household and PROVIDE DOCUMENTS showing proof of income:**
- Wages or Salaries Disability Payments TANF (AFDC)
Interest or Dividends from: Workers Compensation Food Stamps
 Savings Accounts, Social Security, SSI, SSP Child Support
 Stocks or Bonds, or Pensions Cash and/or
 Retirement Accounts Insurance Settlements Other Income
 Unemployment Benefits Legal Settlements Spousal
 Rental or Royalty Income Support
 Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
 Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

-  **4 Can anyone else claim you on his/her Income Tax (other than your spouse)?** Yes No

Declaration and Self-Certification Statement: I state the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the 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 The Gas Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____  Date: _____

 Phone No.:(_____)_____ Did you complete **1** through **4**?

Date:

Account Number:

How to Verify Your Eligibility for the California Alternate Rates for Energy (CARE) program:

You currently receive a 20% discount on your gas bill at your primary residence. You may have also received a 60% discount on your Service Establishment Charge. To verify your eligibility for the CARE program, please complete the application form included and return it with proof of income for each member of your household receiving income or aid. Your discount(s) will continue if your completed, signed application is approved by The Gas Company within 90 days. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

Eligibility Requirements (All Must Be Met):

- The gas bill is in your name.
- No one else can claim you as a dependent on his/her Income Tax (other than your spouse).
- **Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home) -- before deductions -- is no more than the income level shown below.**
- You reapply for CARE every time you move.
- You renew your application for CARE every 2 years.
- You verify your eligibility for CARE, if requested.
- You notify The Gas Company within 30 days of any changes in your eligibility.

Number of Persons in Household:	1 or 2	3	4	5	6
Total Yearly Household Income No More Than:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
For each additional person in your household add \$5,500					

What Counts as Income? Total household income is all revenues, from all household members, from whatever sources derived, including but not limited to: wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments; public assistance payments, Social Security and pensions, rental income, income from self-employment, and all employment-related non-cash income.

Required Attachments (Submit One or More of the Following Income Documents for All Persons in Your Household Receiving Income or Aid):

- Copy of the most recent month's payroll or check stubs.
- Copy of last year's Federal Income Tax Forms plus schedules (e.g., Schedule C or E).
- Copy of all of last year's Income Documents (e.g., W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT).
- Copy of current Statement of Benefits (e.g., TANF, SSI, SSP, etc.).
- Copy of other evidence of income.

You may also qualify for assistance from the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): 1-800-433-4327, and the Direct Assistance Program (DAP): 1-800-331-7593.

English: 1-800-427-2200

Mandarin: 1-800-427-1429

Spanish: 1-800-342-4545

Korean: 1-800-427-0471

Cantonese: 1-800-427-1420

Vietnamese: 1-800-427-0478

Southern California Gas Company Form 6675-A (05/03)

Fecha:


Número de Cuenta:

Marque éste cuadro, si usted no califica para el Programa CARE.

Verificación para el programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE)

 **1 Favor de marcar el cuadro que corresponde al número total de personas que viven en su hogar:**

- Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)
- Seis (6) Más de seis (6+), indique el número total: _____


 **Adultos:** _____ **Niños:** _____

 **2 Favor de marcar el cuadro que corresponde al total de ingresos anuales de su hogar:**

- a. \$0 a \$23,000
- b. \$23,001 a \$27,000
- c. \$27,001 a \$32,500
- d. \$32,501 a \$38,000
- e. \$38,001 a \$43,500
- f. Más de \$43,500, indique los ingresos totales: \$ _____


 **3 Favor de marcar todas las fuentes de sus ingresos y MANDE **COMPROBANTES:****

- Sueldos o salarios
- Intereses o Dividendos de:
 - Ahorros,
 - Bonos o Acciones
 - Cuentas de retiro
- Beneficios de desempleo
- Ingresos de renta o realeza
- Pensión y Retiro
- Becas, Apoyos económicos escolares, u otra ayuda para gastos de vivienda
- Ingresos de negocio propio (IRS Forma 1040, Apéndice C, línea 29)
- Ingresos por incapacidad
- Compensación al trabajador
- TANF (AFDC)
- Seguro Social, SSI, SSP
- Estampillas de comida
- Apoyo económico para niños
- Apoyo económico del cónyuge
- Pólizas de seguros
- Acuerdos legales
- Donativos en efectivo
- Otros ingresos

 **4 ¿Hay alguna otra persona que lo reclama como dependiente en el formulario de impuestos (que no sea su esposo(a))?** Sí No

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN DE AUTOCERTIFICACIÓN: Yo declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a The Gas Company. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que The Gas Company puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma del Cliente: _____  **Fecha:** _____

 **Teléfono:** (____) _____  ¿Llenó número **1** al **4**?

Fecha:

Número de Cuenta:

Cómo Verificar para el Programa de Tarifas Alternativas para Energía en California (CARE): Usted está recibiendo la tarifa de 20% de descuento en su cobro de gas en su domicilio principal. Tal vez también haya recibido un 60% de descuento en el cobro del Servicio de Establecimiento. Para verificar su elegibilidad para el programa CARE, por favor complete la aplicación incluida y regrésela junto con comprobantes de ingresos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos o ayuda. Su descuento(s) continuará(n) si su completada, firmada, aplicación es aprobada por The Gas Company dentro de 90 días. Si usted no responde o se le encuentra no elegible, podría recibir cobros corregidos.

Requisitos De Elegibilidad (Todos deben ser cumplidos):

- La cuenta de gas está a su nombre.
- Usted no es reclamado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona (que no es su esposo(a)).
- **El total de sus ingresos anuales (los ingresos o ayuda recibidos de todas las personas que viven en su hogar) – antes de deducciones – no es más de los ingresos mostrados en la tabla de abajo.**
- Debe de aplicar cada vez que se cambie de domicilio.
- Debe de renovar su solicitud cada dos años.
- Debe de verificar su elegibilidad para CARE si se le pide.
- Debe de notificar a The Gas Company dentro de 30 días de cualquier cambio sobre su elegibilidad.

Número de Personas en su hogar:	1 o 2	3	4	5	6
Suma Total Anual de Ingresos en su hogar no puede ser más de:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
Por cada persona adicional agregue \$5,500					

¿Que Cuenta como Ingresos? Ingresos totales de todas las personas en su hogar, es el dinero derivado de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, apoyo económico para cónyuge y niños, asistencia pública, Seguro Social y pensiones, ingresos de negocio propio, ingresos de renta, y toda clase de ingresos no monetario relacionado con el empleo.

Documentos Requeridos (Favor de enviar uno o más de los siguientes documentos comprobando los ingresos de todas las personas en su hogar que reciben ingresos o ayuda):

- Copia de talones de cheques del más reciente mes.
- Copia de impuestos federales del último año con apéndices (como: Schedule C o E).
- Copia de documentos de todas las formas de impuestos del año pasado (como: W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT).
- Copia de comprobantes recientes de beneficios (como: TANF, SSI, SSP, etc.).
- Copia de cualquier otra forma de ingresos.

Usted también podría calificar para Asistencia de Energía del Hogar para consumidores de bajos ingresos (LIHEAP): 1-800-433-4327, y el programa de Asistencia Directa (DAP): 1-800-331-7593.

Spanish: 1-800-342-4545
Southern California Gas Company Form 6675-A (05/03)

English: 1-800-427-2200

日期：

帳號：

如何確認您參加加州能源低費率(CARE)計劃的資格？：

您的主要居住處目前享有 20% 的瓦斯(煤氣)費折扣。您或許也享受 60% 的開戶手續費折扣。為確認您繼續合格參加 CARE 計劃的資格，請填妥申請表格，連同家中所有成員的收入和經費補助證明，寄回瓦斯公司(The Gas Company®)。在九十天內，若 The Gas Company 核准經您填寫簽名的申請表，您即可繼續享有折扣。若您未回覆或經查不符合參加資格，您可能會收到更正的帳單。

申請條件（須完全符合）：

- 瓦斯帳單上必須是您的名字。
- 您不能是其他人報稅單上的被撫養人（除了您的配偶外）。
- 您的家庭年總收入(年收入包含所有居住府上者的收入和補助)-在抵稅前-不能超過下面表格所列的金額。
- 每搬一次家,就必須重新申請一次。
- 每隔兩年，須重新申請此計劃。
- 如被要求，須提出證明文件。
- 如您的資格有更改，您必須在 30 天內通知瓦斯公司。

居住人數:	1	2	3	4	5	6
全家人所有來源的年總收入不能超過	\$23,000	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
每增加一人加	\$5,500					

什麼是應計算在內的家庭總收入？

家庭總收入是指所有住在府上的人的所有經濟來源，包括但不限於：工資、薪水、利息、紅利、配偶和子女贍養費、政府補助金、社會安全金和退休金、租金收入、自僱收入和所有與工作有關的非現金收入。

要求附件（呈交下列一項或多項有關所有家庭成員的收入或經濟補助證明）：

- 最近一個月的薪資支票存根
- 去年聯邦所得稅申報表格以及附表（如表格 C 或 E）
- 去年所有收入證明（如 W-2，1099-M、1099-R、1099-INT）
- 目前接受福利的證明文件（如 TANF、SSI、SSP 等）
- 其他收入證明文件

您也許有資格申請下列補助計劃:

LIHEAP - 低收入家庭能源補助計劃。請致電 1-866-675-6623。

DAP - 直接協助計劃提供節約能源服務。請致電 1-800-331-7593。

如欲索取進一步資料，或需協助填表，請致電瓦斯公司:

英語： 1-800-427-2200 國語： 1-800-427-1429 西語： 1-800-342-4545

韓語： 1-800-427-0471 粵語： 1-800-427-1420 越語： 1-800-427-0478

Southern California Gas Company Form 6675-A (05/03)

日期:

帳號:

若您已不再符合加州能源低費率 (CARE) 計劃資格，請勾選本欄。

加州能源低費率 (CARE) 計劃資格確認表 (Verification)



❶ 請標示您府上的居住人口總數:

- 一 (1) 二 (2) 三 (3) 四 (4) 五 (5)
 六 (6) 超過六人 (6+), 總人數: _____

成人: _____ 小孩: _____



❷ 請標示府上所有人的年收入及經濟來源總額:

- a. \$0 至 \$23,000 d. \$32,501 至 \$38,000
 b. \$23,001 至 \$27,000 e. \$38,001 至 \$43,500
 c. \$27,001 至 \$32,500 f. 超過 \$43,500, 總收入 \$ _____



❸ 請從下列項目中註明您的經濟來源，並提供證明文件:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 薪資和佣金 | <input type="checkbox"/> 殘障福利金 | <input type="checkbox"/> TANF |
| 利息或以下紅利收入: | <input type="checkbox"/> 勞工賠償 | (以前的 AFDC) |
| <input type="checkbox"/> 儲蓄帳戶 | <input type="checkbox"/> 社會安全福利金/SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 食物券 |
| <input type="checkbox"/> 股票或債券 | <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 小孩贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 退休帳戶 | <input type="checkbox"/> 保險賠償 | <input type="checkbox"/> 現金餽贈和/或
其他收入 |
| <input type="checkbox"/> 失業福利金 | <input type="checkbox"/> 法律賠償 | <input type="checkbox"/> 配偶贍養費 |
| <input type="checkbox"/> 租金或權利金收入 | | |
| <input type="checkbox"/> 助學金，獎學金或其他生活補助金 | | |
| <input type="checkbox"/> 自由業收入(IRS Form 1040, Schedule C, line 29) | | |



❹ 請問您是否是其他報稅人稅單上的被撫養人(配偶不算)? 是 否

聲明和個人證明: 我願意證明上述申請資料正確屬實，若需要我也同意提供經濟來源證明，我同意若我不再符合條件時，即通知 The Gas Company，我瞭解若不合格接受折扣，我可能須退還我之前所接受的折扣，我了解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和他們的業務代表以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: _____

日期: _____

電話號碼:(_____) _____

您是否填寫了❶至❹項?

날짜:

고객관리번호:

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 프로그램 수혜 자격 증명 방법: 귀하께서는 현재 주 거처에서 가스 요금의 20%를 할인 받고 계십니다. 가스 가설료의 60%를 할인 받으셨을 수도 있습니다. CARE 프로그램 수혜 자격을 증명하기 위해, 동봉한 신청서를 작성하셔서 소득이나 보조금을 받는 각 식구의 소득 입증자료와 함께 제출하십시오. 90일 이내에 귀하가 작성하고 서명한 신청서를 The Gas Company®에서 승인할 경우 할인이 계속 됩니다. 회답을 하지 않으시거나 자격이 없는 것을 판단되면, 수정된 청구서를 받으실 수 있습니다.

자격 요건 (모두 해당되어야 함):

- 가스 요금 고지서가 귀하의 명의로 되어 있어야 합니다.
- 배우자를 제외한 세대원 중 누구도 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 없어야 합니다.
- 귀댁의 연간 가구 소득 (모든 세대원이 얻는 소득 또는 지원금)의 세금 공제 전 총액이 아래에 나오는 소득 수준 미만이어야 합니다.
- 이사하실 때마다 새로 신청하셔야 합니다.
- 2년마다 CARE 신청서를 새로 작성하셔야 합니다.
- CARE 자격 사항에 대한 확인 요구를 받으면, 그에 응하셔야 합니다.
- 자격 변동 사항이 있으면 그로부터 30일 이내에 The Gas Company에 통지하여야 합니다.

세대원의 수:	1 혹은 2	3	4	5	6
연간 가구 소득 한도액:	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
세대원이 6명 초과시는 1인당 \$5,500씩 추가					

수입으로 간주되는 것은? 가구 소득 총액은 세대원 전부가 각종 소득원으로부터 얻는 모든 수입으로서 다음을 모두 포함하지만 이것들에만 국한되지는 않습니다: 노임, 봉급, 이자, 배당금, 배우자 및 자녀 부양비, 공공 보조금, 사회 보장금 및 연금, 임대 소득, 자영 소득, 직업 관련 모든 비현금 소득 등.

필수 첨부자료 (소득이나 보조금을 받는 귀 가구 내의 모든 사람들에 대해 다음 소득 서류를 하나 이상 제출하십시오):

- 최근의 월급 또는 급여 수표 전표 사본.
- 작년도 연방소득세신고서 및 스케줄 (예: 스케줄 C 또는 E)의 사본.
- 모든 작년도 소득 서류(예: W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT) 사본.
- 현재 혜택(예: TANF, SSI, SSP, 등) 내역서 사본
- 기타 소득 입증자료 사본.

귀하는 저소득 가정 에너지 보조 프로그램 (LIHEAP): 전화 1-866-675-6623 또는 직접 지원 프로그램 (DAP): 전화 1-800-331-7593의 지원을 받을 자격이 될 수도 있습니다.

영어: **1-800-427-2200** 북경어: **1-800-427-1429** 스페인어: **1-800-342-4545**
 한국어: **1-800-427-0471** 광동어: **1-800-427-1420** 베트남어: **1-800-427-0478**

날짜:

Verification

고객관리번호:

CARE 수혜 자격이 더 이상 없을 경우 이 상자에 체크하십시오.

가주 에너지 교체 요금 (CARE) 증명

👁️ ❶ 귀댁의 세대원 수 전체를 표시하십시오.

- 1명 2명 3명 4명 5명
- 6명 6명 초과시 세대원 수: _____
- ♣️ 성인: _____ 어린이: _____

👁️ ❷ 귀댁의 전체 세대원이 모든 소득원으로부터 얻는 연간 가구 소득 총액을 표시하십시오.

- a. \$0 ~ \$23,000 d. \$32,501 ~ \$38,000
- b. \$23,001 ~ \$27,000 e. \$38,001 ~ \$43,500
- c. \$27,001 ~ \$32,500 f. \$43,500 초과시, 소득 총액 \$ _____

👁️ ❸ 귀댁의 모든 소득원을 표시하고 소득의 증거를 보여주는 서류를 제출하십시오.

- 노임 또는 봉급 장애자 지원 TANF (AFDC)
- 이자 또는 배당금 (아래 출처) 산재 보상금 식품 구매권
- 예금 계좌 사회보장금, SSI, SSP 자녀 부양비
- 주식 또는 채권 연금 현금이나 기타 소득
- 은퇴 계좌 보험 합의금 배우자 부양비
- 실업 수당 법적 합의금
- 임대 또는 로열티 소득
- 장학금, 보조금, 또는 기타 생활비 지원금
- 자영업 수익 (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29번째 줄)

👁️ ❹ 소득세 신고서에 귀하를 피부양자로 기재할 수 있는 사람이 있습니까? (배우자 제외) 예 아니오

신상 증명에 대한 서약: 본인은 이 신청서에 기재한 모든 내용이 진실이며 사실과 다르지 않음을 서약합니다. 본인은 요청이 있을 경우 소득 증빙자료를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 할인 받을 자격을 더 이상 갖지 않게 되면, The Gas Company에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 자격이 없는 상태에서 받은 할인 혜택이 있을 경우, 추후에 그 할인 금액의 반환을 요구 받을 수 있음을 인정합니다. The Gas Company에서 다른 공공 사업체나 대행업체에게 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시키기 위해 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다.

서명: _____ ✍️ 날짜: _____

☎️ 전화번호: () _____ ❶ 번에서 ❹ 번까지 모두 작성하셨습니다?

Ngày:

Số trường mục:

Làm Thế Nào Để Kiểm Chứng Tình Trạng Hợp Lệ Để Hưởng Chương Trình Giảm Giá

Năng Lượng Của California (CARE): Quý vị hiện đang được giảm 20% trên hóa đơn Gas tại nơi cư ngụ chính của quý vị. Quý vị cũng có thể đã được giảm 60% trên Lệ Phí Thiết Lập Dịch Vụ. Để kiểm chứng tình trạng hợp lệ của quý vị, xin điền vào mẫu đơn và gửi lại cho The Gas Company® kèm theo chứng từ thu nhập của từng người trong gia đình đang có thu nhập hay trợ cấp. Giá giảm sẽ tiếp tục áp dụng nếu đơn xin đã được điền đầy đủ với chữ ký của quý vị được The Gas Company chấp thuận trong vòng 90 ngày. Nếu quý vị không trả lời hay không hội đủ điều kiện, quý vị có thể sẽ nhận hóa đơn được điều chỉnh lại.

Các Điều Kiện Đòi Hỏi (Phải hội đủ tất cả các điều kiện sau):

- Hóa đơn gas do quý vị đứng tên.
- Không ai được khai quý vị là người phụ thuộc trong mẫu khai thuế lợi tức của người ấy (trừ người hôn phối của quý vị).
- **Lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị (tức tổng số lợi tức hoặc trợ cấp mà tất cả những người sống trong nhà quý vị nhận được) - trước mọi khấu trừ - không quá mức quy định liệt kê ở phần dưới.**
- Quý vị làm đơn lại để xin gia nhập chương trình CARE mỗi khi thay đổi chỗ ở.
- Quý vị làm đơn lại để xin gia hạn chương trình CARE mỗi hai năm một lần.
- Quý vị chứng thực tình trạng hợp lệ của mình nếu được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày về những thay đổi có ảnh hưởng đến tình trạng hợp lệ của quý vị.

Số người trong nhà:	1	2	3	4	5	6
Tổng số lợi tức hàng năm của cả nhà quý vị không vượt quá:	\$23,000	\$23,000	\$27,000	\$32,500	\$38,000	\$43,500
Mỗi người phụ trợ trong nhà, cộng thêm \$5,500						

Những Gì Được Coi Là Lợi Tức?

Tổng số lợi tức của cả nhà là tổng cộng các thu nhập của tất cả mọi người trong nhà quý vị, bắt cứ từ những nguồn thu nhập nào, bao gồm, nhưng không hạn chế, những thứ như: tiền lương, bổng lộc, tiền lãi, tiền lời cổ phần, tiền cấp dưỡng nuôi con hay người hôn phối, tiền trợ cấp xã hội, tiền hưu trí và An Sinh Xã Hội, tiền cho thuê nhà, lợi tức từ việc làm tự do, và tất cả các lợi tức không dưới hình thức hiện kim, liên quan đến việc làm.

Những tài liệu cần cung cấp (Nộp một hay những tài liệu thu nhập sau đây của mọi người trong nhà quý vị hiện đang có thu nhập hay trợ cấp):

- Bản sao chi phiếu lương hay cùi chi phiếu lương tháng gần nhất.
- Bản sao Mẫu Thuế Thu Nhập Liên Bang năm ngoài kèm theo bảng kê (schedules) -(như bảng kê C hay E).
- Bản sao mọi tài liệu thu nhập trong năm ngoài (như W-2, 1099-M, 1099-R, 1099-INT).
- Bản sao Bản Phúc Lợi hiện tại (như TANF, SSI, SSP, vân vân).
- Bản sao những chứng từ thu nhập khác.

Một số chương trình và dịch vụ khác mà quý vị có thể hợp lệ để được hưởng:

LIHEAP - Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp. Hãy gọi: **1-866-675-6623**.

DAP - Chương Trình Trợ Giúp Trực Tiếp của The Gas Company. Hãy gọi: **1-800-331-7593**.

Muốn giao dịch bằng những ngôn ngữ khác, xin gọi THE GAS COMPANY tại các số điện thoại dưới đây:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200 Tiếng Quan Thoại: 1-800-427-1429 Tiếng Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Đại Hàn: 1-800-427-0471 Tiếng Quảng Đông: 1-800-427-1420 Tiếng Việt Nam: 1-800-427-0478

Ngày:

Verification

Số Trương Mục:

Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị không hội đủ điều kiện tham gia chương trình CARE nữa.

Đơn Xin Kiểm Chứng Tình Trạng Hợp Lệ Để Hưởng Chương Trình Giảm Giá Năng Lượng Của California (CARE)



➊ **Đánh dấu vào ô thích hợp với số người trong nhà của quý vị:**

- Một (1) Hai (2) Ba (3) Bốn (4) Năm (5)
- Sáu (6) Nhiều hơn sáu người (6+), số người: _____



Người lớn: _____ Trẻ em: _____ Tổng cộng: _____



➋ **Đánh dấu vào ô thích hợp với tổng số lợi tức hàng năm của tất cả những người sống trong nhà của quý vị, từ mọi nguồn thu nhập:**

- a. \$0 tới \$23,000 d. \$32,501 tới \$38,000
- b. \$23,001 tới \$27,000 e. \$38,001 tới \$43,500
- c. \$27,001 tới \$32,500 f. Nhiều hơn \$43,500, Tổng số lợi tức: \$ _____



➌ **Đánh dấu vào ô thích hợp với tất cả các nguồn lợi tức của mọi người trong nhà quý vị và Cung Cấp Các Tài Liệu chứng minh lợi tức:**

- Lương hay bổng lộc Tiền tàn tật Tiền trợ cấp xã hội (TANF, AFDC)
- Tiền lãi hay tiền lời cổ phần từ Tiền tai nạn lao động
- Trương mục tiết kiệm Tiền An Sinh Xã Hội, SSI, SSP Phiếu thực phẩm
- Chứng khoán hoặc trái phiếu Tiền hưu trí Tiền cấp dưỡng con cái
- Trương mục hưu trí Tiền bảo hiểm trả Tiền mặt và/hoặc Các lợi tức khác
- Trợ cấp thất nghiệp Tiền do vụ kiện trả Tiền cấp dưỡng do người hôn phối
- Tiền cho thuê nhà hay tiền bản quyền
- Học bổng, phụ cấp, hay các trợ cấp khác dùng cho đời sống
- Lợi tức từ việc làm tự do (Mẫu thuế 1040, Bảng Kê C, dòng 29)



➍ **Có người nào (trừ người hôn phối của quý vị) khai quý vị là người phụ thuộc trên mẫu khai thuế của họ không? Có Không**

Lời khai và tự xác nhận: Tôi xác nhận rằng những điều tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp tất cả các tài liệu về thu nhập nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho The Gas Company khi tôi không còn hợp lệ để được hưởng sự giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận bất cứ sự giảm giá nào mà không hội đủ điều kiện, tôi có thể sẽ bị yêu cầu trả lại số tiền đã nhận. Tôi cũng hiểu rằng The Gas Company có thể sẽ chia xẻ những tin tức của tôi với các cơ quan cung cấp tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để được ghi danh vào những chương trình hỗ trợ của họ.

Chữ ký: _____ Ngày: _____



Số điện thoại: (____) _____ Quý vị đã điền đầy đủ từ câu ➊ đến hết câu ➍ chưa?

TABLE OF CONTENTS

(Continued)

SAMPLE FORMS

Applications

Medical Baseline Allowance Application (Form 4859-E, 07/02)	35664-G	
Medical Baseline Allowance Self-Certification (Form 4860, 07/02)	35665-G	
Application for California Alternate Rates for Energy CARE Program (Form 6632)	27500-G	
Application for California Alternate Rates for Energy (CARE) Program For Qualified Nonprofit Group Living Facilities (Form 6571B)	36230-G	
Self-Certification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6491-D, 05/03)	37412-G	T
Self-Mailer CARE Application (Form 6491-2A, 06/03)	36563-G	
Self-Recertification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6674-A, 05/03)	37413-G	T
Post-Enrollment Verification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6675-A, 05/03)	37414-G	T
Self-Certification CARE Application - Submetered Residential (Form 6677, 05/03)	36566-G	
Self-Recertification CARE Application - Submetered Residential (Form 6678, 05/03)	36567-G	
Set and Turn-on Application (Form 1770H, 6-99)	32482-G	
Service Under Schedule GS (Form 4628C, 2-86)	35707-G	
SimplePay Direct Payment Application (Form 9706-08, 5/97)	28499-G	

Receipts and Notices

Receipt for Payment (Form 481-8, Rev. 7/96 CIS)	35708-G
Miscellaneous Account Receipt (Form 315U)	35709-G
Deposit Warning Letters A and B (Form 437.1R, 11/02)	36782-G
California Penal Code Tag (Form 81-A)	36783-G
For Your Information (Form 21-0306, 05/03)	36784-G

Surety or Guarantee for Account

Continuing Guarantee Letter (Form 6447, 1/94)	36785-G
---	---------

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3316-A
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED Jan 28, 2004
 EFFECTIVE Jan 28, 2004
 RESOLUTION NO. _____

TABLE OF CONTENTS

The following listed sheets contain all effective Schedules of Rates and Rules affecting service and information relating thereto in effect on the date indicated thereon.

<u>GENERAL</u>	<u>Cal. P.U.C. Sheet No.</u>
Title Page	21888-G
Table of Contents--General and Preliminary Statement	37416-G,37306-G
Table of Contents--Service Area Maps and Descriptions	28516-G
Table of Contents--Rate Schedules	37364-G,37365-G,37410-G
Table of Contents--List of Cities and Communities Served	36976-G
Table of Contents--List of Contracts and Deviations	36976-G
Table of Contents--Rules	36626-G,36627-G
Table of Contents--Sample Forms	37415-G,37017-G,37018-G,37071-G,36796-G

PRELIMINARY STATEMENT

Part I General Service Information	24331-G,24332-G,24333-G,24334-G,24749-G
Part II Summary of Rates and Charges	37346-G,37347-G,37348-G,37230-G,37349-G,37404-G 32491-G,32492-G,37198-G,37316-G,37317-G,37235-G,37236-G
Part III Cost Allocation and Revenue Requirement	27024-G,27025-G,27026-G,27027-G,37237-G
Part IV Income Tax Component of Contributions and Advances	36614-G,24354-G
Part V Description of Regulatory Accounts-Balancing	35874-G,34820-G,37003-G 37004-G,34822-G,34823-G,34824-G,34825-G,34826-G,34827-G,34682-G,35770-G,35874-G
Part VI Description of Regulatory Accounts-Memorandum	37224-G,34279-G,34280-G 34281-G,34282-G,34283-G,34284-G,34285-G,34286-G,34683-G,34684-G,34289-G 34290-G,34291-G,34829-G,34830-G,34831-G,35358-G,36867-G,36926-G,37225-G
Part VII Description of Regulatory Accounts-Tracking	36022-G,34373-G,34374-G 34375-G,34376-G,34377-G,34378-G,34379-G,36023-G
Part VIII Gas Cost Incentive Mechanism (GCIM)	35876-G,35877-G,35878-G,36869-G 36870-G,35881-G
Part IX Hazardous Substances Mechanism (HSM)	26199-G,26200-G,26201-G
Part X Global Settlement	32530-G,32531-G,32532-G,32533-G

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3316-A
 DECISION NO.

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED Jan 28, 2004
 EFFECTIVE Jan 28, 2004
 RESOLUTION NO. _____