

PUBLIC UTILITIES COMMISSION

505 VAN NESS AVENUE
SAN FRANCISCO, CA 94102-3298



January 17, 2008

Advice Letter 3775

Mr. Sid Newsom
Regulatory Tariff Administration
Southern California Gas Company – GT14D6
555 West Fifth Street
Los Angeles, CA 90013-4957

Subject: Addition of Categorical Eligibility and Fixed Income
Recertification for CARE Qualification

Dear Mr. Newsom:

Advice Letter 3775 is effective October 24, 2007.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sean H. Gallagher".

Sean H. Gallagher, Director
Energy Division



Ken Deremer
Director
Tariffs & Regulatory Accounts

8330 Century Park Court CP32C
San Diego, CA 92123-1548
Tel: 858.654.1756
Fax: 858.654.1788
KDeremer@SempraUtilities.com

September 24, 2007

Advice No. 3775
(U 904 G)

Public Utilities Commission of the State of California

Subject: Addition of Categorical Eligibility and Fixed Income Recertification for CARE Qualification

Southern California Gas Company (SoCalGas) hereby submits for filing revisions to its tariff schedules, applicable throughout its service territory, as shown on Attachment B.

Purpose

This filing complies with Decision (D.) 06-12-038 in Application (A.) 06-06-032, et al., the energy utilities' consolidated applications for approval of Low-Income Assistance Programs for Program Years 2007 and 2008. D.06-12-038 adopted the implementation of categorical eligibility and fixed income recertification to improve customer participation in the CARE program and reduce program administration costs.

Background

In June 2006, SoCalGas filed its application requesting authorization to implement categorical eligibility, under which its customers can qualify for CARE based on their participation in Local, State, or Federal-sponsored, means-tested programs in order to simplify the qualification and verification processes of the program. SoCalGas customers self-certify that they participate in WIC, Healthy Families A&B, Medi-Cal, LIHEAP, Food Stamps, or TANF (AFDC) rather than being required to provide evidence of their income. Customers can also provide documentation demonstrating their participation in the programs as part of the post enrollment verification process in lieu of income documentation. In addition, SoCalGas requested that fixed income customers be recertified for four years instead of two years and customers recertify their CARE eligibility by phone or internet.

Requested Revision

Schedule No. G-CARE, Special Condition 4, is renamed Eligibility and explains that a customer can qualify for the CARE discount by meeting either of the two eligibility requirements: a) Income Eligibility which has not changed and b) the new Categorical Eligibility.

The following forms and their translations to Spanish, Chinese, Korean and Vietnamese, where applicable, are being revised to include categorical eligibility. Such revision necessitates certain formatting and insubstantial text changes on most of the forms. For consistency, all the form numbers now have a "B" designation.

- 1) Qualified, Agricultural Employee Housing (Form 6632-B)
- 2) General Purpose, Direct Mail (Form 6491-DMB)
- 3) Self-Certification, Individually Metered Residential (Form 6491-B)
- 4) Self-Recertification, Individually Metered Residential (Form 6674-B)
- 5) Self-Mailer (Form 6491-2B)
- 6) Post-Enrollment Verification (PEV), Individually Metered Residential (Form 6675-B)
- 7) Self-Certification, Submetered (Form 6677-B)
- 8) Self-Recertification, Submetered (Form 6678-B)

Additionally, Forms 6491-B, 6491-2B and 6677-B have been revised to add Medical Baseline and California Lifeline (ULTS) to "Other Programs and Services You May Qualify For".

Also, CARE Application – Direct Mail, Winter Only (Form No. 6491-DM2) should have been retired since it was specific for the 2005-2006 Winter Gas Initiative. Therefore, SoCalGas is removing this form from its current and effective status and it has been deleted as shown in the Table of Contents for Sample Forms as contained in Attachment B.

Protest

Anyone may protest this Advice Letter to the 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 must be received within 20 days of the date of this Advice Letter. There is no restriction on who may file a protest. The address for mailing or delivering a protest to the Commission is:

CPUC Energy Division
Attention: Tariff Unit
505 Van Ness Avenue
San Francisco, CA 94102

Copies of the protest should also be sent via e-mail to the attention of both Maria Salinas (mas@cpuc.ca.gov) and Honesto Gatchalian (ijn@cpuc.ca.gov) of the Energy Division. A copy of the protest should 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
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 believes that this filing is subject to Energy Division disposition and should be classified as Tier 2 (effective after staff approval) pursuant to GO 96-B and respectfully requests that this advice letter become effective October 24, 2007, which is 30 calendar days after the date filed. SoCalGas also requests that it be given the time to exhaust the supply of the superseded sample forms and make the new tariffed forms effective for service on and after December 1, 2007.

Notice

A copy of this advice letter is being sent to the parties listed on Attachment A which includes parties in R.04-01-006, the same list used when the revised income eligibility guidelines was filed by Advice No. 3743.

Ken Deremer
Director
Tariffs and Regulatory Accounts

Attachments

CALIFORNIA PUBLIC UTILITIES COMMISSION

ADVICE LETTER FILING SUMMARY ENERGY UTILITY

MUST BE COMPLETED BY UTILITY (Attach additional pages as needed)

Company name/CPUC Utility No. **SOUTHERN CALIFORNIA GAS COMPANY (U 904-G)**

Utility type:

ELC GAS
 PLC HEAT WATER

Contact Person: Sid Newsom

Phone #: (213) 244-2846

E-mail: snewsom@semprautilities.com

EXPLANATION OF UTILITY TYPE

ELC = Electric GAS = Gas
PLC = Pipeline HEAT = Heat WATER = Water

(Date Filed/ Received Stamp by CPUC)

Advice Letter (AL) #: 3775

Subject of AL: Addition of Categorical Eligibility and Fixed Income Recertification for CARE Qualification

Keywords (choose from CPUC listing): CARE

AL filing type: Monthly Quarterly Annual One-Time Other

If AL filed in compliance with a Commission order, indicate relevant Decision/Resolution #:

D.06-12-038

Does AL replace a withdrawn or rejected AL? If so, identify the prior AL No

Summarize differences between the AL and the prior withdrawn or rejected AL¹: N/A

Does AL request confidential treatment? If so, provide explanation: No

Resolution Required? Yes No

Tier Designation: 1 2 3

Requested effective date: _____

No. of tariff sheets: 15

Estimated system annual revenue effect (%): N/A

Estimated system average rate effect (%): N/A

When rates are affected by AL, include attachment in AL showing average rate effects on customer classes (residential, small commercial, large C/I, agricultural, lighting).

Tariff schedules affected: G-CARE, Sample Forms, TOCs

Service affected and changes proposed¹: N/A

Pending advice letters that revise the same tariff sheets: None

Protests and all other correspondence regarding this AL are due no later than 20 days after the date of this filing, unless otherwise authorized by the Commission, and shall be sent to:

CPUC, Energy Division

Attention: Tariff Unit

505 Van Ness Ave.

San Francisco, CA 94102

mas@cpuc.ca.gov and jnj@cpuc.ca.gov

Southern California Gas Company

Attention: Sid Newsom

555 West Fifth Street, GT14D6

Los Angeles, CA 90013-1011

snewsom@semprautilities.com

¹ Discuss in AL if more space is needed.

ATTACHMENT A

Advice No. 3775

(See Attached Service Lists)

Aglet Consumer Alliance
James Weil
jweil@aglet.org

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

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

Ancillary Services Coalition
Jo Maxwell
jomaxwell@ascoalition.com

Ancillary Services Coalition
Nick Planson
nplanson@ascoalition.com

Ancillary Services Coalition
Terry Rich
TRich@ascoalition.com

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

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

Beta Consulting
John Burkholder
burkee@cts.com

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

CPUC
Pearlie Sabino
pzs@cpuc.ca.gov

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

CPUC - DRA
Galen Dunham
gsd@cpuc.ca.gov

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

CPUC - DRA
Jacqueline Greig
jnm@cpuc.ca.gov

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 Long Beach, Gas & Oil Dept.
Chris Garner
2400 East Spring Street
Long Beach, CA 90806

City of Los Angeles
City Attorney
200 North Main Street, 800
Los Angeles, CA 90012

City of Pasadena - Water and Power
Dept.
G Bawa
GBawa@cityofpasadena.net

City of Riverside
Joanne Snowden
jsnowden@riversideca.gov

City of Vernon
Daniel Garcia
dgarcia@ci.vernon.ca.us

Commerce Energy
Brian Patrick
BPatrick@commerceenergy.com

Commerce Energy
Tony Cusati
TCusati@commerceenergy.com

Commerce Energy
Glenn Kinser
gkinser@commerceenergy.com

Commerce Energy
Lynelle Lund
llund@commerceenergy.com

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

Crossborder Energy
Tom Beach
tomb@crossborderenergy.com

Culver City Utilities
Heustace Lewis
Heustace.Lewis@culvercity.org

DGS
Henry Nanjo
Henry.Nanjo@dgs.ca.gov

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

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

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

Douglass & Liddell
Dan Douglass
douglass@energyattorney.com

Douglass & Liddell
Donald C. Liddell
liddell@energyattorney.com

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

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

Dynegy
Joseph M. Paul
jmpa@dynegy.com

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

Gas Transmission Northwest
Corporation
Bevin Hong
Bevin_Hong@transcanada.com

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

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

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

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

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

JBS Energy
Jeff Nahigian
jeff@jbsenergy.com

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

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

LADWP
Nevenka Ubavich
nevenka.ubavich@ladwp.com

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

Law Offices of Diane I. Fellman
Diane Fellman
diane_fellman@fpl.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

Manatt Phelps Phillips
Randy Keen
rkeen@manatt.com

Manatt, Phelps & Phillips, LLP
David Huard
dhuard@manatt.com

March Joint Powers Authority
Lori Stone
PO Box 7480,
Moreno Valley, CA 92552

Matthew Brady & Associates
Matthew Brady
matt@bradylawus.com

Julie Morris
Julie.Morris@PPMEnergy.com

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

PG&E Tariffs
Pacific Gas and Electric
PGETariffs@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

R. W. Beck, Inc.
Catherine Elder
celder@rwbeck.com

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

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

Sempra Global
William Tobin
wtobin@sempraglobal.com

Sierra Pacific Company
Christopher A. Hilén
chilen@sppc.com

Southern California Edison Co
Fileroom Supervisor
2244 Walnut Grove Ave., Rm 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
Colin.Cushnie@SCE.com

Southern California Edison Co.
Kevin Cini
Kevin.Cini@SCE.com

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

Southern California Edison Company
Michael Alexander
Michael.Alexander@sce.com

Southwest Gas Corp.
John Hester
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

The Mehle Law Firm PLLC
Colette B. Mehle
cmehle@mehlelaw.com

Western Manufactured Housing
Communities Assoc.
Sheila Day
sheila@wma.org

<p>SOUTHERN CALIFORNIA EDISON COMPANY CASE ADMINISTRATION case.admin@sce.com</p>	<p>CONSUMER AFFAIRS CONSULTANT BARBARA R. ALEXANDER barbalex@ctel.net</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Zaida Amaya-Pineda zca@cpuc.ca.gov</p>
<p>SAN DIEGO GAS & ELECTRIC/SOCAL GAS GEORGETTA J. BAKER gbaker@sempra.com</p>	<p>COOPER, WHITE & COOPER ,L.L.P. JEFFREY F. BECK smalllecs@cwclaw.com</p>	<p>PACIFIC GAS AND ELECTRIC COMPANY MARGARET D. BROWN mdbk@pge.com</p>
<p>GOODIN MACBRIDE SQUERI DAY & LAMPREYLLP JOHN L. CLARK jclark@gmssr.com</p>	<p>SOUTHWEST GAS CORPORATION A. BROOKS CONGDON brooks.congdon@swgas.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 Mariana C. Campbell mcl@cpuc.ca.gov</p>
<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Theresa Cho tcx@cpuc.ca.gov</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Cheryl Cox cxc@cpuc.ca.gov</p>	<p>MOUNTAIN UTILITIES JOHN DUTCHER ralf1241a@cs.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 Jeannine Elzey jme@cpuc.ca.gov</p>
<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Hazlyn Fortune hcf@cpuc.ca.gov</p>	<p>LATINO ISSUES FORUM ENRIQUE GALLARDO enriqueg@lif.org</p>	<p>RELIABLE ENERGY MANAGEMENT, INC. RON GARCIA ron@reenergy.com</p>
<p>THE GREENLINING INSTITUTE THALIA N.C. GONZALEZ thaliag@greenlining.org</p>	<p>THE UTILITY REFORM NETWORK HAYLEY GOODSON hayley@turn.org</p>	<p>SOUTHWEST GAS CORPORATION ANITA L. HART anita.hart@swgas.com</p>
<p>ACCES JAMES HODGES hodgesjl@surewest.net</p>	<p>CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION Jessica T. Hecht jhe@cpuc.ca.gov</p>	<p>SOUTHWEST GAS CORPORATION BRIDGET A. JENSEN bridget.branigan@swgas.com</p>
<p>DEPT OF COMMUNITY ACTION MARIA JUAREZ mjuarez@riversidedpss.org</p>	<p>OFFICE OF STATE SENATOR MARTHA ESCUTIA BILL JULIAN billjulian@sbcglobal.net</p>	<p>DISABILITY RIGHTS ADVOCATES MELISSA W. KASNITZ pucservice@dralegal.org</p>
<p>PAUL KERKORIAN pk@utilitycostmanagement.com</p>	<p>DISABILITY RIGHTS ADVOCATES MARY-LEE E. KIMBER pucservice@dralegal.org</p>	<p>HEMSTREET ASSOCIATES IRINA KRISHPINOVICH krishpinovich@comcast.net</p>

ALPINE NATURAL GAS OPERATING
COMPANY
MICHAEL LAMOND
anginc@goldrush.com

EL CONCILIO OF SAN MATEO
ORTENSIA LOPEZ
or10sia@aol.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Alik Lee
ayo@cpuc.ca.gov

SIERRA PACIFIC POWER COMPANY
ELENA MELLO
emello@sppc.com

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY
MARGARET MOORE
mmoore@semprautilities.com

GOLDEN STATE WATER/BEAR
VALLEY ELECTRIC
RONALD MOORE
rkmoore@gswater.com

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Kim Malcolm
kim@cpuc.ca.gov

PACIFIC GAS AND ELECTRIC
COMPANY
CHONDA J. NWAMU
CJN3@pge.com

SOUTHWEST GAS CORPORATION
VALERIE J. ONTIVEROZ
valerie.ontiveroz@swgas.com

COMMUNITY ACTION AGENCY OF
SAN MATEO
WILLIAM F. PARKER
wparker@baprc.com

SIERRA PACIFIC POWER CO.
LARRY RACKLEY
lrackley@sppc.com

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

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Rashid A. Rashid
rhd@cpuc.ca.gov

SOUTHERN CALIFORNIA EDISON
COMPANY
STACIE SCHAFFER
stacie.schaffer@sce.com

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

SOUTHERN CALIFORNIA FORUM
RICHARD SHAW
r-l-shaw@msn.com

SOUTHERN CALIFORNIA WATER
COMPANY
KEITH SWITZER
kswitzer@gswater.com.

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Sarita Sarvate
sbs@cpuc.ca.gov

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

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

GOODIN MACBRIDE SQUERI DAY &
LAMPREY LLP
JOSEPH F. WIEDMAN
jwiedman@goodinmacbride.com

DEPT. OF COMMUNITY SERVICES &
DEVELOPMEN
JASON WIMBLEY
jwimbley@csd.ca.gov

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

PACIFIC GAS AND ELECTRIC
COMPANY
JOSEPHINE WU
jwwd@pge.com

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

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

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Steven A. Weissman
saw@cpuc.ca.gov

CALIF PUBLIC UTILITIES COMMISSION
Sean Wilson
smw@cpuc.ca.gov

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY
JOY YAMAGATA
jyamagata@semprautilities.com

SOUTHERN CALIFORNIA GAS
COMPANY/SDG&E
MARZIA ZAFAR
mzafar@semprautilities.com

ATTACHMENT B
Advice No. 3775

Cal. P.U.C. Sheet No.	Title of Sheet	Cancelling Cal. P.U.C. Sheet No.
Revised 42340-G	Schedule No. G-CARE, CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM, Sheet 2	Revised 41897-G
Revised 42341-G	Schedule No. G-CARE, CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM, Sheet 3	Revised 41898-G
Revised 42342-G	Schedule No. G-CARE, CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM, Sheet 4	Revised 40398-G
Revised 42343-G	Schedule No. G-CARE, CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM, Sheet 5	Revised 40399-G
Revised 42344-G	APPLICATION FOR CALIFORNIA ALTERNATE RATES, FOR ENERGY (CARE) PROGRAM FOR QUALIFIED , AGRICULTURAL EMPLOYEE HOUSING (Form 6632-B 12/07)	Revised 41903-G
Revised 42345-G	APPLICATION FOR CALIFORNIA ALTERNATE RATES, FOR ENERGY PROGRAM - GENERAL PURPOSE, DIRECT MAIL (Form No. 6491-DMB, 12/07)	Revised 41904-G
Revised 42346-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self- Certification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6491-B (12/07), Sheet 1	Revised 41905-G
Revised 42347-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self- Recertification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6674-B (12/07), Sheet 1	Revised 41906-G
Revised 42348-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self- Mailer CARE Application, Form No. 6491-2B (12/07), Sheet 1	Revised 41907-G
Revised 42349-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Post- Enrollment Verification CARE Application, Individually Metered Residential Form No. 6675- B (12/07), Sheet 1	Revised 41908-G
Revised 42350-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self- Certification CARE Application, Submetered Residential Form No. 6677-B (12/07), Sheet 1	Revised 41909-G
Revised 42351-G	SAMPLE FORMS: APPLICATIONS, Self-	Revised 41910-G

ATTACHMENT B
Advice No. 3775

Cal. P.U.C. Sheet No.	Title of Sheet	Cancelling Cal. P.U.C. Sheet No.
	Recertification CARE Application, Submetered Residential Form No. 6678-B (12/07), Sheet 1	
Revised 42352-G	APPLICATION FOR CALIFORNIA ALTERNATE RATES, FOR ENERGY PROGRAM - BILL INSERT, Form No. 6491-BI (09/07)	Revised 41911-G
Revised 42353-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 42228-G
Revised 42354-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 41914-G
Revised 42355-G	TABLE OF CONTENTS	Revised 42339-G

Schedule No. G-CARE

Sheet 2

CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

ALL CUSTOMERS (Continued)

4. Eligibility: A customer can qualify for the CARE discount by meeting either of the two eligibility requirements shown below:

- a. Income Eligibility: An income-qualified customer, submetered tenant, or facility resident has total annual gross household income from all sources that is no more than shown in the table below for the number of persons in the household. The combined income of all persons from all sources, both taxable and non-taxable, shall be no more than:

<u>Number of Persons In Household</u>	<u>Total Annual Household Income</u>
1 or 2	\$30,500
3	\$35,800
4	\$43,200
5	\$50,600
6	\$58,000

For households with more than six persons, add \$7,400 annually for each additional person living in the household. The above income levels are subject to change annually by the Commission.

- b. Categorical Eligibility: If the applicant or any person in the household receives benefits from any of the following programs: Medi-Cal; Food Stamps; TANF (AFDC); Women, Infant & Children (WIC); Healthy Family Categories A&B; and LIHEAP.

The applicant for the CARE discount must be the Utility's customer of record or a submetered tenant of a Utility customer.

No customer, submetered tenant, or facility resident claimed on another person's income tax return shall be eligible for this rate.

- 5. Verification: Information provided by the customer to the Utility is subject to verification as authorized by the Commission. Refusal or failure to provide documentation of eligibility acceptable to the Utility, upon request, shall result in the denial or termination of the CARE discount.
- 6. Backbilling: Customers may be backbilled under the applicable rate schedule for periods of ineligibility and/or if the direct benefits to a facility's residents claimed by the customer cannot be supported.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3775
 DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Senior Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED Sep 24, 2007
 EFFECTIVE Jun 1, 2008
 RESOLUTION NO. _____

I
|
|
|
|
I

Schedule No. G-CARE
CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM

Sheet 3

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

ALL CUSTOMERS (Continued)

7. Customer Responsibility: It is the customer's responsibility to notify the Utility within 30 days if there is a change in eligibility status, except as specified for multi-family customers in Special Conditions 11 and 12 below.
8. Discount Calculation: The CARE discount of 20% shall be reflected through the use of separate line item on the bill stated as an overall discount to the otherwise calculated customer, commodity and transportation charges.

In addition to the Special Conditions above pertaining to all applicable customers, Special Conditions specific to each type of applicable customer are set forth below.

SINGLE FAMILY CUSTOMERS

9. Location Eligibility: Customers are only eligible to receive this rate at one residential location at any one time.

MULTI-FAMILY, SUBMETERED CUSTOMERS

10. Tenant Qualification: Submetered tenants, rather than the Utility's customer of record, qualify for CARE by completing an application and forwarding it to the Utility, and it is the tenant's responsibility to notify the Utility of a change in eligibility status.
11. Customer Responsibility: The Utility customer shall notify the Utility within 30 days following a reduction in the number of submetered units qualifying for the CARE rate as a result of unit(s) being vacated.
12. Location Eligibility: Eligible tenants can only receive this rate at one residential location at any one time.

NON-PROFIT GROUP LIVING FACILITY CUSTOMERS

13. Eligibility Criteria: In order for the customer to be eligible for the CARE discount, and to be considered a qualified non-profit group living facility, each of the following provisions must be met:
 - a. The facility must certify that it is one of the following: a homeless shelter, women's shelter, transitional housing, a short- or long-term care facility, or a group home for physically or mentally disabled persons.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____

Schedule No. G-CARE

Sheet 4

CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

NON-PROFIT GROUP LIVING FACILITY CUSTOMERS (Continued)

13. Eligibility Criteria (Continued)

- b. The facility must provide a copy of its IRS Nonprofit Tax ID Form No. 501(c)(3) and state business license, conditional use permit or other proof satisfactory to the Utility. Separately metered satellite facilities in the name of the licensed facility, where 70% of the energy supplied is for residential purposes, are also eligible.
- c. With the exception of homeless shelters, all facilities must certify that 100% of the residents of the facility individually meet the CARE eligibility standard for a single-person household. A caregiver who lives in the facility is not a resident for purposes of determining eligibility. A single-person household is eligible for the CARE discount if total annual gross income does not exceed \$30,500.
- d. With the exception of homeless shelters, all facilities must certify that they provide a "special needs" social service, such as meals, job development training, or rehabilitation programs, in addition to lodging for residents who qualify for the CARE discount.
- e. Homeless shelters must certify that they provide at least six beds per day or night for a minimum of 180 days each year for persons who have no alternative residence.
- f. The facility must certify that at least 70% of the energy supplied to the facility's premises is used for residential purposes.
- g. Government-owned facilities are not considered qualified non-profit group living facilities, unless they are a qualified non-profit homeless shelter as defined above.

14. Certification of Benefits: At the time of annual renewal of eligibility, each facility is required to certify that monies saved through the CARE discount have benefited the residents of the facility who qualify for the CARE discount. Certification shall be made under penalty of perjury and include a quantification of funds saved annually due to the CARE discount, and identify how those funds have been spent for the benefit of the qualifying residents.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Jun 1, 2008
RESOLUTION NO. _____

Schedule No. G-CARE
CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE) PROGRAM

Sheet 5

(Continued)

SPECIAL CONDITIONS (Continued)

AGRICULTURAL EMPLOYEE HOUSING FACILITY CUSTOMERS

In conjunction with the Special Conditions applicable to all facilities covered under this schedule, certain Special Conditions, unique to migrant farmworker housing centers, privately owned employee housing or non-migrant housing for agricultural employees (operated by non-profit entities) collectively referred to as Agricultural Employee Housing Facilities, must be met as provided below. Special Conditions applicable to a specific type of facility are also described below.

15. Eligibility Criteria: The applicant for the CARE discount must be the Utility's customer of record. In addition, in order for the applicant to be considered as a qualified facility, the following provisions must be met:

a. Migrant Farmworker Housing Center

- (1) The facility must qualify as a migrant farmworker housing center pursuant to Section 50710.1(e) of the California Health and Safety Code, or non-profit farmworker center pursuant to subdivision (b) of Section 1140.4 of the California Labor Code, and is providing housing to migrant agricultural employees and has received an exemption from local property taxes pursuant to subdivision (g) of Section 214 of the Revenue and Taxation Code. Upon Utility request, the applicant shall provide a copy of the current contract with the Office of Migrant Services Department of Housing and Community Development of the State of California, or an unrevoked letter or ruling from the Internal Revenue Service (Code. Section 501 (c) (3) or the Franchise Tax Board indicating that the entity is exempt from income taxes. The non-profit applicant may also be asked to provide a copy of a letter from the Assessor in the county where the facility is located indicating that the housing is exempt from local property taxes.
- (2) Service accounts receiving the discount are residential end-use accounts.
- (3) The facility must use the savings from the reduction in energy rates to benefit the occupants.

b. Privately Owned Employee Housing

The facility qualifies as privately owned employee housing as defined in Section 17008 of the California Health and Safety Code, and is licensed and inspected by state or local agencies pursuant to Part 1 (commencing with Section 17000) of Division 13 of the Health and Safety Code. The applicant provides proof of current compliance with Part 1 of Division 13 of the Health and Safety Code or valid permit issued pursuant to Health and Safety Code Section 17030. Energy use in all facilities (100%) must be residential usage.

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
SUBMITTED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____

L
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
L

APPLICATION FOR CALIFORNIA ALTERNATE RATES
FOR ENERGY (CARE) PROGRAM FOR QUALIFIED
AGRICULTURAL EMPLOYEE HOUSING (Form 6632-B 12/07)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

1H12

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



**Application for California Alternate Rates for Energy (CARE) Program
For Qualified Agricultural Employee Housing Facilities**



INSTRUCTIONS

1. PLEASE READ ALL information and instructions before you complete, sign, and date this application. If you have questions, call 1-800-207-8567, Monday through Friday, 7:00 am-4:00 pm.
2. DETERMINE if the facility meets the definition of a qualified agricultural employee housing facility. The facility MUST meet ALL criteria to qualify for the 20% discount from the CARE Program.
3. COMPLETE the entire application (please print or type). Complete a separate application for each qualified facility (including satellite facilities).
4. ATTACH all required documents. (Application is considered incomplete without documents).
5. MAIL to: The Gas Company®
 CARE Program - ML 12F1
 PO Box 3249
 Los Angeles, CA 90051-1249

DISCOUNT

The CARE program provides a 20% discount off the utility bill for facilities that meet program criteria. The discount and eligibility criteria were established by the California Public Utilities Commission. The discounted rates, upon formal approval by the California Public Utilities Commission, are available to qualified facilities. The facility will receive the discount after the utility receives and approves the completed and signed application.

ELIGIBILITY CRITERIA FOR APPLICANT

Each applicant MUST meet all of the following criteria:

- Applicant must be the utility customer of record.
- Applicant must verify that 100% of the residents and/or households meet the current CARE eligibility shown below, excluding any employee operating or managing the facility who resides at the facility.

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If another person in the household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal Food Stamps TANF(AFDC) Women, Infant & Children (WIC) Healthy Families Categories A&B LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

- Applicant is required to certify CARE eligibility annually by completing a new application, including how the discount will be used in the first year for the direct benefit of the residents.

ELIGIBLE FACILITIES

Employee Housing (privately owned), as defined in section 17008 of the Health and Safety Code, that is licensed and inspected by state and/or local agencies pursuant to Part I (commencing with Section 17000) of Division 13.

- Supporting documentation required:
 - ✓ Provide copy of current permit issued by the Department of Housing and Community Development.
- Total energy used must be 100% residential.

Housing for Agricultural Employees (non-migrant and operated by non-profit entities), as defined in Subdivision (b) of Section 1140.4 of the Labor Code, that has an exemption from local property taxes pursuant to subdivision (g) of Section 214 of the Revenue and Taxation Code.

- Supporting documentation required:
 - ✓ Provide current copy of federal 501(c) (3) tax exemption or copy of state tax exemption form, and current copy of local property tax exemption form.
- Total Energy used:
 - ✓ Master-metered facilities must be 70% residential use.
 - ✓ Individually metered units must be 100% residential use.

APPLICANTS RESPONSIBILITIES

The applicant is required to:

- Provide proof of facility's eligibility (see Eligible Facilities) and submit required documentation with the application (see requirements on the application).
- Verify that all individuals residing in the facility meet the CARE eligibility (see Eligibility Criteria for Applicant) and make a certification to that effect, under penalty of perjury, under the laws of the state of California.
- At annual recertification, show how the past year's discount was used and how the next year's discount is expected to be used for direct benefit of the residents.
- Maintain records of residents' CARE eligibility, which should come from federal tax return, payroll stubs or similar records acceptable to the utility. These records must be retained for three (3) years from the date of initial application and/or recertification.
- Maintain accounting entries and supporting documentation of how the discount was used for the direct benefit of the residents. These records must be retained for three (3) years from the date of initial application and/or recertification.
- Upon request from the utility, provide documentation of the residents' CARE eligibility and/or documentation of how the discount was used for the direct benefit of the residents.
- Provide all information requested by the utility. Failure to do so will result in denial or removal from the program. The applicant may be subject to rebilling for the period they were ineligible for the discount as determined by the utility.



Application for 20% Discount

California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

For Qualified Agricultural Employee Housing Facilities

If you have any questions: Call The Gas Company's CARE toll-free line at 1-800-207-8567, Monday through Friday, 7:00 a.m. to 4:00 p.m.



1 APPLICANT INFORMATION: (please print)

Name on Gas Bill _____

Name of Facility _____
(if different than on bill)

Account Number for This Facility

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Service Address _____ City _____ CA Zip Code _____

Mailing Address _____ City _____ CA Zip Code _____
(if different)

Facility Contact _____
(who to contact if utility needs more information)

E-mail Address _____
(optional)

Daytime Phone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 FACILITY INFORMATION (check one)

EMPLOYEE HOUSING (privately owned), as defined in Section 17008 of the Health and Safety Code, that is licensed and inspected in state and/or local agencies pursuant to part 1 of Division 13.

HOUSING FOR AGRICULTURAL EMPLOYEES (non-migrant and operated by non profit entities), as defined in Subdivision (b) of Section 1140.4 of the Labor Code, that has received exemptions from local property taxes pursuant to subdivision (g) of the Revenue and Taxation Code.

3 DECLARATION

By signing this application, I certify under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information I have provided is true and accurate. I have:

- Verified the CARE eligibility of all residents of the facility and/or households meet CARE eligibility guidelines.
- Documentation is available to substantiate the above.
- Verified that each facility meets the residential energy usage criteria.

FOR ALL FACILITIES

Applicant is customer of record. Yes No

100% of residents and/or households meet CARE eligibility guidelines. Yes No

I have provided information on how the Discount for the coming year will be used to directly benefit the residents. Yes No

FOR ALL FACILITIES (continued)

For recertification, I have provided information on how the discount was used for the direct benefit of the residents and I have documentation on file (if initial certification, leave blank). Yes No

I understand the utility reserves the right to request documentation on the eligibility of the residents and the use of the discount. Yes No

I understand the utility has the right to rebill me at the applicable rate if appropriate. Yes No

I understand if the facility(ies), or the residents, become(s) ineligible to received the discount I must notify the utility within 30 days. Yes No

Last year's discount was used for _____
IF INITIAL CERTIFICATION LEAVE BLNK

This year's discount will be used for _____

By signing this application, I give my consent that the information provided by me may be shared with other energy utility companies (limited to name and address).

Authorized Representative's Name (please print or type)

Authorized Representative's Title

Authorized Representative's Signature

Date

Form 6632 –B (12/07)

4 FOR INDIVIDUAL FACILITIES OF THE SAME TYPE, ATTACH SEPARATE SHEET FOR MORE THAN FOUR (4) ADDRESSES:

Account Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Service Address _____ City _____ CA Zip Code _____

Type of metering: Individually metered Master metered

Energy used for residential purpose: 100% At least 70%

Total number of residents (exclude on-site manager) _____

100% of residents and/or households meet CARE eligibility criteria Yes No

Account Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Service Address _____ City _____ CA Zip Code _____

Type of metering: Individually metered Master metered

Energy used for residential purpose: 100% At least 70%

Total number of residents (exclude on-site manager) _____

100% of residents and/or households meet CARE eligibility criteria Yes No

Account Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Service Address _____ City _____ CA Zip Code _____

Type of metering: Individually metered Master metered

Energy used for residential purpose: 100% At least 70%

Total number of residents (exclude on-site manager) _____

100% of residents and/or households meet CARE eligibility criteria Yes No

Account Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Service Address _____ City _____ CA Zip Code _____

Type of metering: Individually metered Master metered

Energy used for residential purpose: 100% At least 70%

Total number of residents (exclude on-site manager) _____

100% of residents and/or households meet CARE eligibility criteria Yes No

APPLICATION FOR CALIFORNIA ALTERNATE RATES
FOR ENERGY PROGRAM - GENERAL PURPOSE
DIRECT MAIL (Form No. 6491-DMB, 12/07)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

1H12

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____

Dear Customer,

Through our "California Alternate Rates for Energy" (CARE) program, The Gas CompanySM provides a 20% rate discount on the monthly gas bill for eligible households. Those who qualify and are approved within 90 days of starting new gas service will also receive a \$15 discount on the Service Establishment Charge.

To see if you qualify, check the requirements shown below. If you think you qualify, just fill out the application on the back of this letter and mail it back to us in the postage paid envelope provided.

If you do not qualify for the CARE program, but know someone who might, please share this with them.

THERE ARE 2 WAYS TO QUALIFY FOR THE CARE 20% DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(Effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Total Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
For each additional household member, add \$7,100	

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

1. The gas bill must be in your name and the address must be your primary address.
2. You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
3. You must recertify your eligibility for CARE when requested.
4. You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify.
5. You may be asked to verify your eligibility for CARE.

We are committed to providing safe and reliable energy to all our customers and we strive to provide exceptional service. If you have any questions or would like more information about our assistance programs, please call us at 1-800-427-2200.

Sincerely,

Kirk Morales

Kirk Morales
CARE Program Market Advisor



A Semptra Energy utility

20% Rate Discount CARE Application

(Please use dark ink and print clearly to ensure proper processing)

To qualify for the 20% rate discount, please complete the application form and return it to the Gas CompanySM. You will receive your discount once your completed, signed application is approved by The Gas Company.

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY / ZIP: _____

ACCOUNT #: _____

HOME PHONE: _____ - _____ - _____ - _____

1 Household Information:

Total number of persons in your household (including you, other adults, and children): _____

2A Public Assistance Programs Benefits Received:

Please fill in the circle (●) for any programs you or someone in your household receive benefits from, then SKIP 2B and go directly to 3.

- Medi-Cal: Under 65 of age
- Medi-Cal: 65 or older
- Food Stamps
- TANF (AFDC)
- Healthy Families A&B
- LIHEAP
- WIC

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

2B Household Income: *SKIP* if you completed Section 2A.

Part 1: If you do not participate in any of the programs listed above, please fill in the circle (●) for all sources of income in your household, and provide your total household income in the spaces provided below:

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

Part 2: Please fill in the circle (●) of your household's income range per year before deductions.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700
- If more than \$55,700, enter amount here: \$ _____ , _____ . _____ 00 per year

3 Declaration: Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE eligibility if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the 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 their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: X _____

Date: _____

Mail this application in the postage -paid envelope to:
The Gas Company CARE Program
PO Box 515005
Los Angeles, CA 90099-9316



CARE 20% de descuento

Estimado Cliente:

Por medio de nuestro programa "Tarifas Alternas para Energía de California" (CARE), The Gas Company SM ofrece un 20% de descuento en la tarifa de gas a los clientes que reúnen ciertos niveles de ingreso en el hogar. Este programa está ayudando a muchos de nuestros clientes a ahorrar dinero mensualmente, así que tal vez le podría ayudar a usted también.

Para saber si califica, revise los requisitos en la tabla que se presenta a continuación. Se cree usted que califica, entonces sólo llene la solicitud detrás de esta carta y envíenla por correo en el sobre con timbre pagado por adelantado.

Si no reúne los requisitos del programa CARE, pero conoce alguien que tal vez califique, favor de compartir esta información con ellos.

HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO DE CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)

o

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: <i>(en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de may de 2008)</i>	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$7,100	

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar su solicitud CARE cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

Estamos comprometidos a proveer energía segura y confiable a nuestros clientes y nos esforzamos por proveer un excepcional servicio al cliente. Se tiene preguntas o quisiera más información acerca de nuestros programas de ayuda, por favor llámenos al 1-800-342-4545.

Atentamente,

Kirk Morales

Consejero del programa CARE



20% de descuento CARE Solicitud

Para tener derecho al 20% de descuento en la tarifa de gas de su factura, por favor llene el formulario de solicitud y regréselo a The Gas Company. Recibirá su descuento una vez que su solicitud llena y firmada sea aprobada por The Gas Company.

NOMBRE:

DOMICILIO:

CUIDAD / CODIGO POSTAL:

NUMERO DE CUENTA:

TELEFONO DE SU CASA: ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■

1 Información del hogar:

Número total de personas que viven en su hogar (incluidos usted, otros adultos y niños): ■ ■

2A Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública:

Si usted, o alguien que vive en su hogar esta recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo (●), luego SALTESE la sección 2B e pase directamente a la sección 3.

- Medi-Cal: menor de 65 años
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 años o más
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección 2B

2B Ingreso en el hogar: **SÁLTESELO** si llenó la sección 2A.

Parte 1: Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el círculo (●) 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:

- Seguro Social
- Pensiones
- SSI, SSP, SSDI
- Salarios o sueldos
- Beneficios de desempleo
- Pagos de incapacidad
- Pagos de reclamaciones legales
- Pagos de reclamaciones a seguros
- Pensión conyugal
- Intereses o dividendos de:
 - Cuentas de ahorro, pensiones
 - Acciones o bonos
 - Cuentas para el retiro
- Indemnización para los trabajadores
- Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida
- Pensión alimenticia
- Dinero en efectivo y/u otros ingresos
- Ingresos por alquiler o regalías
- Utilidades de autoempleo (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS)

Parte 2: Sírvase rellenar el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700
- Si es más de \$55,700, escriba el monto aquí: \$ ■ ■ ■ , ■ ■ ■ .00 al año

3 Declaración: *Por favor lea y firme abajo.*

Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. 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 otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia con requisitos de ingreso.

Firma : X _____

Fecha: _____

Mail this application in the postage -paid envelope to:
The Gas Company CARE Program
PO Box 515005
Los Angeles, CA 90099-9316

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6491-B (12/07)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



A Semptra Energy utility

20% CARE DISCOUNT APPLICATION

CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY APPLICATION

The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program provides a 20% discount on the monthly gas bill for eligible households. Those who qualify and are approved within 90 days of starting new gas service will also receive a \$15 discount on the Service Establishment Charge. Please complete this form and return within 90 days.

To see if you qualify, check the requirements shown below. Please complete the application and return it in the envelope provided. The discount will be applied once your completed and signed application is approved by The Gas CompanySM.

THERE ARE 2 WAYS TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

- The gas bill must be in your name and the address must be your primary address.
- You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than to your spouse.
- You must recertify your application when requested.
- You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your eligibility for CARE.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:

- **DAP** - Direct Assistance Program, a low income energy efficiency program, offers free energy-saving home improvements such as ceiling insulation, door weather-stripping, caulking and minor home repair. 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.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program 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.

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANY AT:

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
 Hearing Impaired (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

JOHN Q PUBLIC
 JANE Q PUBLIC
 1801 ATLANTIC BLVD
 MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% Rate Discount Application

(Please use dark ink and print clearly to ensure proper processing)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Account Number: 123 345 7890

Date: 12/01/2007

Customer Name: JOHN Q PUBLIC

Address: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 Total number of persons in your household (including you, other adults, and children):

Home Phone #: - -

2A Public Assistance Programs Benefits Received:

If you or someone in your household receives benefits from any of the programs below, please fill in the circle (●), then SKIP **2B** and go directly to **3**.

- Medi-Cal: Under 65 of age
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 or older
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

OR

*If NONE of the above, please complete section **2B**.*

2B Household Income: Skip if you completed section **2A.**

Part 1: If you do not participate in any of the programs listed above, please fill in the circle (●) for all sources of income in your household, and provide your total household income in the spaces provided below:

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

Part 2: Please fill in the circle (●) of your household's income range per year before deductions.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

If more than \$55,700, enter amount here: \$, .00 per year

3 Declaration: Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to 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 income qualifying assistance programs.

Signature: X

Date:



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL DESCUENTO CARE DEL 20%

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS ALTERNAS PARA ENERGÍA EN CALIFORNIA

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas CompanySM ofrece un descuento del 20% en la factura mensual de gas a los hogares que reúnen los requisitos. Aquellos que califiquen y sean aprobados en un término de 90 días a partir del inicio de su servicio de gas también recibirán un descuento de \$15 en el Cargo de Conexión de Servicio (Service Establishment Charge).

Para ver si califica, revise los requisitos que aparecen a continuación. Sírvase llenar el formulario de solicitud y regresarlo en el sobre provisto. El descuento se aplicará una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por The Gas Company.

HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO DE CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)

O

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: (en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008)	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añada	\$7,100

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar su solicitud CARE cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE QUIZÁ PUDIERA 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.

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



Formulario de solicitud para la tarifa CARE del 20% de descuento

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(Por favor use tinta oscura y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado)

Número de cuenta: 123 456 7890

Fecha: 12/01/2007

Nombre del cliente: JOHN Q PUBLIC

Domicilio: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 Número total de personas que viven en su hogar (incluidos usted, otros adultos y niños):

Teléfono de casa: - -

2A **Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública:**
Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo (●), luego SÁLTESE la sección **2B** y pase directamente a la sección **3**.

- Medi-Cal: menor de 65 años Food Stamps Healthy Families A&B WIC
 Medi-Cal: 65 años o más TANF (AFDC) LIHEAP

*Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección **2B**.*

2B **Ingreso en el hogar: Sáteselo si llenó la sección **2A**.**
Parte 1: Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el círculo (●) 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Seguro Social | <input type="radio"/> Salarios o sueldos | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones legales |
| <input type="radio"/> Pensiones | <input type="radio"/> Beneficios de desempleo | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones a seguros |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Pagos de incapacidad | <input type="radio"/> Pensión conyugal |
| Intereses o dividendos de: | <input type="radio"/> Indemnización para los trabajadores | <input type="radio"/> Pensión alimenticia |
| <input type="radio"/> Cuentas de ahorro, pensiones | <input type="radio"/> Becas, subvenciones | <input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="radio"/> Acciones o bonos | <input type="radio"/> u otra ayuda usada | <input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías |
| <input type="radio"/> Cuentas para el retiro | <input type="radio"/> para sufragar el costo de la vida | <input type="radio"/> Utilidades de autoempleo (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS) |

Parte 2: Sírvase rellenar el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Si es más de \$55,700, escriba el monto aquí: \$, .00 al año

3 **Declaración:** Por favor lea y firme abajo.

Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. 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 otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia con requisitos de ingreso.

Firma : X

Fecha:



The Gas CompanySM (瓦斯公司) 的加州能源優惠率 (CARE) 計劃提供符合特定資格的家庭 20% 的瓦斯 (煤氣) 費折扣。如果您在開新的瓦斯服務的 90 天之內申請並通過審核, 還可獲得 \$15 的開戶手續費優惠。

查看您是否符合資格, 請核對下列必要條件。請您填妥申請表格並用所提供的郵資已付信封寄回。在 The Gas Company 核准您填寫並簽名的申請表後, 您即可享受折扣。

符合 CARE 折扣的兩種資格:

政府協助計劃:
如果您或您的家人從下列任一計劃中受益
Medi-Cal - 加州醫療輔助計劃
Food Stamps - 食物券
TANF(AFDC) - 貧困家庭臨時現金資助計劃
Women, Infant & Children (WIC) - 婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)
Healthy Families Categories A&B - 健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B
LIHEAP - 低收入家庭能源協助計劃

或

家庭收入最高限額: (有效期 2007 年 6 月 1 日至 2008 年 5 月 31 日)	
家庭成員人數	年收入總額
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
每多一位家庭成員, 增加	\$7,100

參加條件

- 瓦斯帳單必須在您的名下並且地址必須為您的主要住宅。
- 除您配偶外, 您不能是其他人報稅單上的被撫養人。
- 您必須在被要求時, 重新認證您還符合 CARE 資格。
- 如果您已經不再符合該資格, 您必須在 30 天內通知 The Gas Company。
- 您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

您可能符合條件的優惠計劃和服務:

- **DAP (直接協助計劃):** 一項低收入能源效率計劃, 提供免費的節能住宅改進, 如屋頂絕緣隔熱、房門天氣封條、堵縫和次要的房屋維修。更多訊息, 請致電 1-800-331-7593。
- **Medical Baseline (醫療基線計劃):** 一定醫療狀況的客戶, 較多的瓦斯使用額度, 只需付較低的費率。若需更多訊息請致電 1-800-427-2200。
- **LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃):** 提供帳單付費協助, 緊急帳單協助和增強禦寒性能服務。請致電 California Department of Community Services and Development (加州社區服務與發展部) 1-866-675-6623。
- **California Lifeline (ULTS) (加州的普濟電話服務計劃):** 提供電話費優惠給類似 CARE 收入標準的低收入消費者。若需更多訊息, 請聯繫您的電話服務公司。

若需更多關於 CARE 計劃的諮詢, 請致電 THE GAS COMPANY:

英語: 1-800-427-2200
韓語: 1-800-427-0471

國語: 1-800-427-1429
粵語: 1-800-427-1420

西班牙語: 1-800-342-4545
越南語: 1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 費率折扣申請表

(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

帳戶號碼: 123 345 7890

日期: 12/01/2007

客戶姓名: JOHN Q PUBLIC

地址: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 您家庭中的總人數 (包括您本人, 其他成年人和兒童):

住宅電話#: - -

所接受的政府協助計劃福利:

2A 請把您或您家人所接受福利的計劃前途塗黑 (●), 然後略過 **2B** 直接到 **3**。

- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 低於 65 歲
- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 65 或更大年齡
- WIC (婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)
- Healthy Families Categories A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B)
- Food Stamps (食物券)
- TANF (AFDC) (貧困家庭臨時現金資助計劃)
- LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)

或

如果以上都不是, 請填寫下一個部分 **2B**。

家庭收入: 請跳過這部分內容如果您已經填寫了 **2A** 部分

2B 第一部分: 如果您沒有參加以上任何計劃, 請把您家庭收入所有來源前面的圓圈塗黑 (●), 並在下方提供的空間內提供您的家庭收入總額:

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 社會安全福利金 (Social Security) | <input type="radio"/> 工資或薪金 | <input type="radio"/> 法律賠償 |
| <input type="radio"/> 退休金 | <input type="radio"/> 失業救濟金 | <input type="radio"/> 保險賠償 |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI (社會安全補助金) | <input type="radio"/> 殘疾津貼 | <input type="radio"/> 配偶支付的贍養費 |
| 從以下項目獲取的利息或紅利: | <input type="radio"/> 勞工補償 | <input type="radio"/> 子女贍養費 |
| <input type="radio"/> 儲蓄賬戶, 退休金 | <input type="radio"/> 獎學金, 助學金, | <input type="radio"/> 現金或其它收入 |
| <input type="radio"/> 股票或債券 | 或其它用于支付 | <input type="radio"/> 租金或權利金收入 |
| <input type="radio"/> 退休賬戶 | 生活費用的助學津貼 | <input type="radio"/> 自由業收入 (IRS 1040 表格, |
| | | Schedule C 表格, 第 29 行) |

第二部分: 請按照您的稅前家庭年收入, 把適當項目的圓圈塗黑 (●)

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

如果多於 \$55,700, 請在此處填寫金額: \$, .00 每年

3 聲明: 請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合 CARE 的資格。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。我瞭解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: X

日期:

캘리포니아 에너지 대체 요금 신청서

The Gas CompanySM의 캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 적격 가구의 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 제공합니다. 자격을 갖추고 또한 가스 서비스를 새로 시작한 후 90 일 내에 승인을 받은 사람은 가스 개설료에 대해 \$15 할인을 받습니다.

자격이 있는지 보시려면 아래에 제시된 요건을 검토하십시오. 신청서를 작성하여 제공된 봉투에 넣어 제출하십시오. 귀하의 작성되고 서명된 신청서를 The Gas Company 에서 승인하면 할인이 적용될 것입니다.

CARE 할인 수혜 자격을 충족 시키는 2 가지 방법이 있습니다:

공공 지원 프로그램:
귀하나 기타 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:
Medi-Cal
Food Stamps (푸드 스탬프)
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC, 여성, 유아 및 아동)
Healthy Families A&B (건강한 가족 유형 A 및 B)
LIHEAP

또는

최대 가구 소득: (2007. 6. 1 부터 2008. 5. 31 까지 유효)	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
추가되는 식구 1인당 추가액	\$7,100

참여 조건

- 가스 청구서는 귀하의 이름으로 되어 있어야 하며 주소는 귀하의 집 주소이어야 합니다.
- 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다.
- 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다.
- 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30 일 이내에 The Gas Company 에 통보해야 합니다.
- CARE 에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

- **DAP - 저소득 에너지 효율 프로그램인 DAP(직접 보조 프로그램)**는 천장 단열, 문 통풍 마개 처리, 코킹 및 경미한 주택 수리와 같은 에너지 절약 주택 개량공사를 무료로 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-331-7593 번으로 문의하십시오.
- **Medical Baseline (의료 저율요금)** - 특정한 의학적 상태에 처한 고객들에게 저렴한 요금으로 추가 할당량의 가스를 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-427-2200 번으로 문의하십시오.
- **LIHEAP - 저소득 주택 에너지 지원 프로그램인 LIHEAP**는 청구금액 지원, 긴급 요금 지원 및 내후 단열 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 캘리포니아 지역사회 서비스 개발부로 문의하십시오.
- **California Lifeline (ULTS, 캘리포니아 라이프라인)** - CARE 와 유사한 소득 기준을 충족시키는 고객들을 위한 할인 전화 이용. 자세한 내용은 현지의 전화회사에 문의하십시오.

CARE 에 대한 사항은 아래의 THE GAS COMPANY 번호로 문의하십시오:

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

월남어: 1-800-427-0478

청각 장애인(TDD/TYY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 요금 할인 신청서

(정확히 처리되도록 하기 위해 진한 펜을 사용하여 분명히 인쇄체로 기입)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

구좌 번호: 123 345 7890

날짜: 12/01/2007

고객 이름: JOHN Q PUBLIC

주소: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 귀 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

주택 전화번호: - -

2A 받는 공공 지원 프로그램 혜택:
귀하나 식구 중에서 혜택을 받는 프로그램에 대해서는 동그라미(●) 안을 채우고 **2B** 번을 건너뛰어 직접 **3** 번으로 가십시오.

- 또는
- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------|
| <input type="radio"/> Medi-Cal: 65 세 미만 | <input type="radio"/> Food Stamps | <input type="radio"/> Healthy Families A&B | <input type="radio"/> WIC |
| <input type="radio"/> Medi-Cal: 65 세 이상 | <input type="radio"/> TANF (AFDC) | <input type="radio"/> LIHEAP | |

위의 프로그램 중 어느 것도 해당되지 않으면, 다음의 **2B** 번을 작성하십시오.

2B 가구 소득: **2A** 번을 작성한 경우 건너뛰십시오.

1 부: 위에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우, 귀 가구의 모든 소득원에 대해 동그라미(●) 안을 채우고 아래에 있는 공란에 총 가구 소득을 기입하십시오:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 사회보장금 | <input type="radio"/> 임금 또는 봉급 | <input type="radio"/> 법적 타협금 |
| <input type="radio"/> 연금 | <input type="radio"/> 실업 혜택 | <input type="radio"/> 보험 타협금 |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> 장애 지원금 | <input type="radio"/> 배우자 생활비 |
| 다음 사항으로부터의 이자나 배당금: | <input type="radio"/> 산재보상금 | <input type="radio"/> 자녀 부양비 |
| <input type="radio"/> 예금 구좌, 연금 | <input type="radio"/> 장학금, 보조금, | <input type="radio"/> 현금 및/또는 기타 소득 |
| <input type="radio"/> 주식이나 채권 또는 | 또는 다음 사항을 위해 | <input type="radio"/> 임대료나 로열티 소득 |
| <input type="radio"/> 은퇴 구좌 | 사용된 기타 보조금 생활비 | <input type="radio"/> 자영업 수익 |
- (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29 행)

2 부: 귀 가구의 공제전 연간 소득 범위에 해당되는 항목의 동그라미(●) 안을 채우십시오.

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> \$0 - \$29,300 | <input type="radio"/> \$29,301 - \$34,400 | <input type="radio"/> \$34,401 - \$41,500 | <input type="radio"/> \$41,501 - \$48,600 | <input type="radio"/> \$48,601 - \$55,700 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
- \$55,700 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, .00

3 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오:

본 신청서에서 제시한 정보가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인은 요청 받을 경우 CARE 수혜 자격 증거자료를 제출하기로 동의하였습니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 The Gas Company 에 통보함에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. The Gas Company 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X

날짜:



ĐƠN XIN GIẢM GIÁ CARE 20%



ĐƠN XIN HƯỞNG MỨC GIÁ NĂNG LƯỢNG THAY THẾ CỦA CALIFORNIA

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của The Gas CompanySM giảm giá 20% trên biên nhận gas hàng tháng cho các hộ gia đình hội đủ điều kiện. Những người nào hội đủ điều kiện và được chấp thuận trong vòng 90 ngày kể từ khi bắt đầu dịch vụ gas mới cũng sẽ được giảm giá \$15 trên Chi Phí Nhận Dịch Vụ (Service Establishment Charge).

Để biết quý vị có hội đủ điều kiện hay không, xin xem kỹ những yêu cầu nêu ra sau đây. Xin điền đầy đủ vào đơn và gửi trả lại bằng phong bì được cung cấp sẵn. Sẽ áp dụng giảm giá khi đơn xin đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị được The Gas Company chấp thuận.

CÓ 2 CÁCH ĐỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIẢM GIÁ THEO CHƯƠNG TRÌNH CARE:

CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG:	HOẶC	LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH: (có hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2007 đến 31 tháng Năm, 2008)	
Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình của quý vị nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:		Số Người trong Hộ Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
Medi-Cal		1-2	\$29,300
Phiếu Thực Phẩm (Food Stamps)		3	\$34,400
TANF(AFDC)		4	\$41,500
Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Em (Women, Infant & Children hay WIC)		5	\$48,600
Gia Đình Khỏe Mạnh Loại A&B (Healthy Families Categories A&B)		6	\$55,700
LIHEAP		Mỗi người Thêm vào trong Gia Đình, được cộng thêm	\$7,100

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

- Quý vị phải là người đứng tên trong biên nhận gas và địa chỉ phải là địa chỉ chính của quý vị.
- Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình.
- Quý vị phải tái xác nhận sự hội đủ điều kiện của mình theo chương trình CARE khi được yêu cầu
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa.
- Quý vị có thể được yêu cầu thẩm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN:

- **DAP** - Direct Assistance Program, là chương trình tiết kiệm hiệu quả năng lượng cho người có lợi tức thấp giúp sửa chữa miễn phí trong nhà để tiết kiệm năng lượng như gắn cách nhiệt trần nhà, bịt khe cửa, trét chỗ hở và các sửa chữa nhỏ trong nhà. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-331-7593.
- **Medical Baseline (Chương Trình Y Tế Cơ Bản)** – Cung cấp thêm tiêu chuẩn gas được dùng ở mức giá thấp hơn cho các khách hàng đang có bệnh trạng nào đó. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-427-2200.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program (Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Tại Gia cho Người Có Lợi Tức Thấp) giúp trả biên nhận, trợ giúp biên nhận khẩn cấp và các dịch vụ thích nghi với thời tiết. Xin gọi California Department of Community Services and Development (Sở Dịch Vụ Cộng Đồng và Phát Triển California) tại số 1-866-675-6623.
- **California Lifeline (ULTS)** - Giảm giá điện thoại cho các khách hàng hội đủ điều kiện theo hướng dẫn về lợi tức tương tự như chương trình CARE. Để biết thêm thông tin, xin liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ điện thoại địa phương của quý vị.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI CHO THE GAS COMPANY TẠI:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Đại Hàn: 1-800-427-0471

Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



Đơn Xin Giảm Giá 20%
Theo Chương Trình CARE
 (Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ in
 để đảm bảo xét duyệt chính xác)

THE GAS COMPANY
 CARE PROGRAM ML GT12F1
 PO BOX 3249
 LOS ANGELES, CA 90051-1249

Số Trương Mục: 123 345 7890

Ngày: 12/01/2007

Tên Khách Hàng: JOHN Q PUBLIC

Địa chỉ: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, người lớn khác, và trẻ em):

Điện Thoại Nhà #: - -

2A Các Trợ Cấp từ các Chương Trình Trợ Giúp Công Cộng (Public Assistance Programs) :
 Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) cho bất cứ chương trình nào mà quý vị hay ai đó trong gia đình của quý vị nhận trợ cấp, sau đó BỎ QUA phần **2B** và điền vào phần **3**.

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal: Dưới 65 tuổi | <input type="checkbox"/> Food Stamps | <input type="checkbox"/> Healthy Families A&B | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal: 65 tuổi trở lên | <input type="checkbox"/> TANF (AFDC) | <input type="checkbox"/> LIHEAP | |

HOẶC Nếu KHÔNG có mục nào ở trên, hãy điền vào Phần **2B**.

2B Lợi Tức Hộ Gia Đình: Bỏ qua phần này nếu quý vị đã điền vào Phần **2A**.
Phần 1: Nếu quý vị không tham gia vào bất cứ chương trình nào được liệt kê ở trên, xin bôi đen vào vòng tròn (●) cho tất cả các nguồn lợi tức của hộ gia đình quý vị, và cung cấp tổng lợi tức gia đình của quý vị vào các khoảng trống bên dưới:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội | <input type="checkbox"/> Lương tuần hay lương tháng | <input type="checkbox"/> Bồi Thường theo Pháp Luật |
| <input type="checkbox"/> Hưu Bổng | <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp | <input type="checkbox"/> Bồi Thường Bảo Hiểm |
| <input type="checkbox"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Tàn Phế | <input type="checkbox"/> Tiền Nuôi Người Phối Ngẫu |
| Lợi Tức hay Cổ Tức từ: | <input type="checkbox"/> Bồi Thường Lao Động | <input type="checkbox"/> Tiền Nuôi Con Cái |
| <input type="checkbox"/> Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu bổng | <input type="checkbox"/> Học Bổng, Tài Trợ hay Trợ | <input type="checkbox"/> Lợi Tức Tiền Mặt và/hoặc lợi tức khác |
| <input type="checkbox"/> Cổ Phiếu hay Trái Phiếu, hoặc | Giúp Khác Dùng để trang | <input type="checkbox"/> Lợi Tức Khi Cho Thuê hay Tiền Bản Quyền |
| <input type="checkbox"/> Trương Mục Hưu Trí | trả Chi Phí Sinh Hoạt | <input type="checkbox"/> Lợi nhuận khi Làm Việc Tự Do(Mẫu đơn 040, Bản Kê C, dòng 29 của IRS) |

Phần 2: Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) mức lợi tức hàng năm của hộ gia đình trước khi khấu trừ.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Nếu nhiều hơn \$55,700, xin điền tổng số vào đây: \$, .00 mỗi năm

3 **Lời Khai:** Xin đọc và ký bên dưới.

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý sẽ cung cấp bằng có về việc hội đủ điều kiện theo chương trình CARE khi được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho The Gas Company biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận. Tôi hiểu rằng The Gas Company có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: **X**

Ngày:

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Recertification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6674-B (12/07)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



YOUR RATE DISCOUNT IS EXPIRING

Dear Customer:

Date: MM/DD/YY

You are currently receiving a 20% rate discount on your monthly gas bill through The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program. In order to continue receiving the CARE discount, you are required to renew your eligibility within 90 days. To renew, use one of three methods listed below:

1. Return the completed and signed Certification Form in the envelope provided,

OR

2. Call 1-800-207-8567 anytime 24 hours a day, 7 days a week, and follow the instructions to recertify by phone. Please have your account number ready. You can locate your account number at the bottom of this page,

OR

3. Visit our Website www.socalgas.com/CARE/recert and have your account number ready.

THERE ARE 2 WAYS TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

CONDITIONS FOR PARTICIPATION:

- The gas bill must be in your name and the address must be your primary address.
- You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- You must recertify your CARE eligibility when requested.
- You must notify The Gas CompanySM within 30 days if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your eligibility for CARE.

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANY AT:

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

Hearing Impaired (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

Account Number: 123 345 7890

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% Rate Discount Recertification Form

(Please use dark ink and print clearly to ensure proper processing)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Account Number: 123 345 7890

Date: 12/01/2007

Customer Name: JOHN Q PUBLIC

Address: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

- I no longer qualify or wish to participate in CARE. Please remove my account from the CARE program. If you filled in this circle (●), please skip Sections 1 and 2, sign at the bottom, and mail this form in the postage paid envelope provided within 90 days.

1 Total number of persons in your household (including you, other adults, and children):

Home Phone #: - -

2A **Public Assistance Programs Benefits Received:**
If you or someone in your household receives benefits from any of the programs below, please fill in the circle (●), then SKIP **2B** and go directly to **3**.

OR

- Medi-Cal: Under 65 of age
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 or older
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

*If NONE of the above, please complete the next section **2B**.*

2B **Household Income:** Skip if you completed section **2A**.
Part 1: If you do not participate in any of the programs listed above, please fill in the circle (●) for all sources of income in your household, and provide your total household income in the spaces provided below:

- Social Security
- Pensions
- SSI, SSP, SSDI
- Wages or Salaries
- Unemployment Benefits
- Disability Payments
- Workers Compensation
- Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
- Legal Settlements
- Insurance Settlements
- Spousal Support
- Child Support
- Cash and/or other income
- Rental or Royalty Income
- Profit from Self-Employment (IRS Form 1040, Schedule C, line 29)

Part 2: Please fill in the circle (●) of your household's income range per year before deductions.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

If more than \$55,700, enter amount here: \$, .00 per year

3 **Declaration:** Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agreed to provide proof of CARE eligibility if asked. I agree to inform The Gas Company if I no longer qualify to receive the 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.

Signature: X

Date:



SU TARIFA DE DESCUENTO ESTÁ POR VENCER

Apreciable cliente:

Fecha: MM / DD / YY

Actualmente recibe una tarifa de descuento del 20% en su factura mensual de gas a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas CompanySM. Con el fin de continuar recibiendo el descuento CARE, debe renovar su derecho a participar dentro de 90 días. Para renovarlo, use uno de los tres métodos que se enumeran a continuación:

1. Devuelva el Formulario de Certificación debidamente llenado y firmado en el sobre provisto,

O

2. Llame al 1-800-207-8567 cuando usted guste 24 horas al día, 7 días a la semana, y siga las instrucciones para recertificar por teléfono. Por favor tenga listo su número de cuenta. Puede localizar su número de cuenta en la parte inferior de esta página,

O

3. Visite nuestro sitio Web www.socalgas.com/CARE/recert y tenga listo su número de cuenta.

HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO DE CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)

O

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: <i>(en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008)</i>	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añada	\$7,100

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar su solicitud CARE cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)

Número de cuenta: 123 345 7890

JOHN Q PUBLIC
 JANE Q PUBLIC
 1801 ATLANTIC BLVD
 MONTEREY PARK CA 91754-5207



Formulario de recertificación para la tarifa CARE del 20% de descuento

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(Por favor use tinta oscura y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado)

Número de cuenta: 123 456 7890

Fecha: 12/01/2007

Nombre del cliente: JOHN Q PUBLIC

Domicilio: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

- Ya no califico o no deseo participar en CARE. Sírvanse retirar mi cuenta del programa CARE. Si rellenó este círculo (●), por favor sáltese las secciones 1 y 2, firme en la parte de abajo, y envíe este formulario en el sobre con porte pagado provisto en un término de 90 días.

1 Número total de personas que viven en su hogar (incluidos usted, otros adultos y niños):

Teléfono de casa: - -

2A **Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública:**
Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo (●), luego SÁLTESE la sección **2B** y pase directamente a la sección **3**.

- Medi-Cal: menor de 65 años Food Stamps Healthy Families A&B WIC
 Medi-Cal: 65 años o más TANF (AFDC) LIHEAP

*Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección **2B**.*

2B **Ingreso en el hogar: Sálteselo si llenó la sección **2A**.**
Parte 1: Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el círculo (●) 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Seguro Social | <input type="radio"/> Salarios o sueldos | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones legales |
| <input type="radio"/> Pensiones | <input type="radio"/> Beneficios de desempleo | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones a seguros |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Pagos de incapacidad | <input type="radio"/> Pensión conyugal |
| Intereses o dividendos de: | <input type="radio"/> Indemnización para los trabajadores | <input type="radio"/> Pensión alimenticia |
| <input type="radio"/> Cuentas de ahorro, pensiones | <input type="radio"/> Becas, subvenciones | <input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="radio"/> Acciones o bonos | <input type="radio"/> u otra ayuda usada | <input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías |
| <input type="radio"/> Cuentas para el retiro | <input type="radio"/> para sufragar el costo de la vida | <input type="radio"/> Utilidades de autoempleo (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS) |

Parte 2: Sírvase rellenar el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Si es más de \$55,700, escriba el monto aquí: \$, .00 al año

3 **Declaración:** Por favor lea y firme abajo.

Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. 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 otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia con requisitos de ingreso.

Firma : X

Fecha:



您的費率折扣 即將過期

親愛的客戶:

日期: 月/日/年

您現在正通過The Gas CompanySM (瓦斯公司) 的加州能源優惠率(CARE)計劃, 享受占每月瓦斯(煤氣)帳單 20% 的CARE 折扣優惠。若要繼續享有CARE計劃的折扣, 您需要在 90 天內再認證您仍符合資格。您可以用以下二種方式之一來重新認證你的資格:

1. 填寫好並在重新認證表格 (Certification Form) 上簽名, 用所提供的信封寄回。
或者
2. 訪問網站 www.socalgas.com/CARE/recert, 上網前請準備好您的賬戶號碼。

符合 CARE 折扣的兩種資格:

政府協助計劃:
如果您或您的家人從下列任一計劃中受益
Medi-Cal - 加州醫療輔助計劃
Food Stamps - 食物券
TANF(AFDC) - 貧困家庭臨時現金資助計劃
Women, Infant & Children (WIC) - 婦女, 嬰兒和 兒童營養輔助計劃)
Healthy Families Categories A&B - 健康家庭低費 兒童醫療健保計劃類別 A 及 B
LIHEAP - 低收入家庭能源協助計劃

或

家庭收入最高限額: (有效期 2007 年 6 月 1 日至 2008 年 5 月 31 日)	
家庭成員人數	年收入總額
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
每多一位家庭成員, 增加	\$7,100

參加條件

- 瓦斯帳單必須在您的名下並且地址必須為您的主要住宅。
- 除您配偶外, 您不能是其他人報稅單上的被撫養人。
- 您必須在被要求時, 重新認證您還符合 CARE 資格。
- 如果您已經不再符合該資格, 您必須在 30 天內通知 The Gas Company。
- 您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

若需更多關於 CARE 計劃的諮詢, 請致電 THE GAS COMPANY:

英語: 1-800-427-2200

國語: 1-800-427-1429

西班牙語: 1-800-342-4545

韓語: 1-800-427-0471

粵語: 1-800-427-1420

越南語: 1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

賬戶號碼: 123 456 7890

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 費率折扣資格重新認證表格

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249



(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

賬戶號碼: 123 345 7890

日期: 12/01/2007

客戶姓名: JOHN Q PUBLIC

地址: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

- 我不再符合或不願再參加 CARE 計劃。請把我的賬戶從 CARE 計劃中取消。如果您將這個圓圈塗黑 (●)，請跳過第一和第二部分的內容，在文件下方簽字，將此表格放在所提供的郵資已付的信封中，在 90 天內寄回。

1 您家庭中的總人數 (包括您本人, 其他成年人和兒童):

住宅電話 #: - -

2A 所接受的政府協助計劃福利:
請把您或您家人所接受福利的計劃前塗黑 (●), 然後略過 **2B** 直接到 **3**。

- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 低於 65 歲
- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 65 或更大年齡
- WIC (婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)
- Healthy Families Categories A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B)
- Food Stamps (食物券)
- TANF (AFDC) (貧困家庭臨時現金資助計劃)
- LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)

或

如果以上都不是, 請填寫下一個部分 **2B**。

2B 家庭收入: 請跳過這部分內容如果您已經填寫了 **2A** 部分

第一部分: 如果您沒有參加以上任何計劃, 請把您家庭收入所有來源前面的圓圈塗黑 (●), 並在下方提供的空間內提供您的家庭收入總額:

- 社會安全福利金 (Social Security)
- 退休金
- SSI, SSP, SSDI (社會安全補助金)
- 從以下項目獲取的利息或紅利:
 - 儲蓄賬戶, 退休金
 - 股票或債券
 - 退休賬戶
- 工資或薪金
- 失業救濟金
- 殘疾津貼
- 勞工補償
- 獎學金, 助學金, 或其它用于支付生活費用的助學津貼
- 法律賠償
- 保險賠償
- 配偶支付的贍養費
- 子女贍養費
- 現金或其它收入
- 租金或權利金收入
- 自由業收入 (IRS 1040 表格, Schedule C 表格, 第 29 行)

第二部分: 請按照您的稅前家庭年收入, 把適當項目的圓圈塗黑 (●)

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

如果多於 \$55,700, 請在此處填寫金額: \$, .00 每年

3 聲明: 請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合 CARE 的資格。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。我瞭解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: X

日期:



귀하의 요금 할인이 종료됩니다

친애하는 고객님:

날짜: YY년 MM월 DD일

귀하께서는 현재 The Gas CompanySM의 캘리포니아 에너지 대체 요금 (CARE) 프로그램을 통하여 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 받고 계십니다. CARE 할인을 계속 받으시려면, 90일 내에 수혜 자격을 갱신하셔야 합니다. 아래에 나열된 두 방법 중 하나를 사용하여 갱신을 하실 수 있습니다.

1. 제공된 봉투를 사용하여 작성하고 서명한 증명 양식을 제출합니다
또는
2. 구좌 번호를 갖추고 저의 웹사이트 www.socalgas.com/CARE/recert 를 방문하여 갱신에 임하실 수 있습니다.

CARE 할인 수혜 자격을 다음의 두 가지 방법으로 충족 시킬 수 있습니다:

공공 지원 프로그램:
귀하나 가족 중 한 일원이다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:
Medi-Cal Food Stamps (푸드 스탬프) TANF(AFDC) Women, Infant & Children (WIC, 여성, 유아 및 아동) Healthy Families A&B (건강한 가족 유형 A 및 B) LIHEAP

또는

최대 가구 소득: (2007. 6. 1부터 2008. 5. 31까지 유효)	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
추가되는 식구 1인당 추가액	\$7,100

참여 조건

- 가스 청구서는 귀하의 이름으로 되어 있어야 하며 주소는 귀하의 주 주소이어야 합니다.
- 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다.
- 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다.
- 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30일 이내에 The Gas Company에 통보해야 합니다.
- CARE에 대한 수혜자격을 증명하도록 요청 받을 수 있습니다.

CARE에 대한 사항은 아래의 THE GAS COMPANY 번호로 문의하십시오:

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 월남어: 1-800-427-0478
 청각 장애인(TDD/TYY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)

구좌 번호: 123 345 7890

JOHN Q PUBLIC
 JANE Q PUBLIC
 1801 ATLANTIC BLVD
 MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 요금 할인 재증명 양식

(정확히 처리되도록 하기 위해 진한 펜을 사용하여 분명히 인쇄체로 기입)

구좌 번호: 123 345 7890

날짜: 12/01/2007

고객 이름: JOHN Q PUBLIC

주소: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

- 본인은 더 이상 자격이 없거나 CARE 에 참여하기를 원치 않습니다. 본인의 구좌를 CARE 프로그램에서 삭제하십시오. 이 동그라미(●) 안을 채운 경우, 1 번 및 2 번을 생략하고 하단에 서명하여 이 양식을 제공된 우송료 선불 봉투에 넣어 90 일 내에 우송하십시오.

1 귀 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

주택 전화번호: - -

2A 받는 공공 지원 프로그램 혜택:
귀하나 식구 중에서 혜택을 받는 프로그램에 대해서는 동그라미(●) 안을 채우고 **2B** 번을 건너뛰어 직접 **3** 번으로 가십시오.

- 또는
- Medi-Cal: 65 세 미만
 - Food Stamps
 - Healthy Families A&B
 - WIC
 - Medi-Cal: 65 세 이상
 - TANF (AFDC)
 - LIHEAP

위의 프로그램 중 어느 것도 해당되지 않으면, 다음의 **2B** 번을 작성하십시오.

2B 가구 소득: **2A** 번을 작성한 경우 건너뛰십시오.

1 부: 위에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우, 귀 가구의 모든 소득원에 대해 동그라미(●) 안을 채우고 아래에 있는 공란에 총 가구 소득을 기입하십시오:

- 사회보장금
 - 연금
 - SSI, SSP, SSDI
 - 다음 사항으로부터의 이자나 배당금:
 - 예금 구좌, 연금
 - 주식이나 채권 또는
 - 은퇴 구좌
 - 임금 또는 봉급
 - 실업 혜택
 - 장애 지원금
 - 산재보상금
 - 장학금, 보조금, 또는 다음 사항을 위해 사용된 기타 보조금 생활비
 - 법적 타협금
 - 보험 타협금
 - 배우자 생활비
 - 자녀 부양비
 - 현금 및/또는 기타 소득
 - 임대료나 로열티 소득
 - 자영업 수익
- (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29 행)

2 부: 귀 가구의 공제전 연간 소득 범위에 해당되는 항목의 동그라미(●) 안을 채우십시오.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

\$55,700 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, .00

3 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오:

본 신청서에서 제시한 정보가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인은 요청 받을 경우 CARE 수혜 자격 증거자료를 제출하기로 동의하였습니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 The Gas Company 에 통보함에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. The Gas Company 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: **X**

날짜:



**CHƯƠNG TRÌNH GIẢM
GIÁ CỦA QUÝ VỊ SẮP
HẾT HẠN**

Ngày: MM/DD/YY

Kính Gởi Quý Khách Hàng:

Quý vị hiện đang được giảm giá 20% trên biên nhận gas hàng tháng qua chương trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của The Gas CompanySM. Để tiếp tục được giảm giá theo chương trình CARE, quý vị được yêu cầu phải gia hạn hồ sơ chứng minh sự hội đủ điều kiện của mình trong vòng 90 ngày. Để gia hạn hồ sơ, xin dùng một trong hai cách được liệt kê dưới đây:

1. Gởi trả Mẫu Giấy Chứng Nhận được điền đầy đủ và ký tên trong phong bì được cung cấp sẵn.

HOẶC

2. Vào trang mạng của chúng tôi www.socalgas.com/CARE/recert và chuẩn bị sẵn số trương mục của quý vị.

CÓ 2 CÁCH ĐỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIẢM GIÁ THEO CHƯƠNG TRÌNH CARE:

CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG:
Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình của quý vị nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:
Medi-Cal
Phiếu Thực Phẩm (Food Stamps)
TANF(AFDC)
Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Em (Women, Infant & Children hay WIC)
Gia Đình Khỏe Mạnh Loại A&B (Healthy Families Categories A&B)
LIHEAP

HOẶC

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH: (có hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2007 đến 31 tháng Năm, 2008)	
Số Người trong Hộ Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Mỗi người Thêm vào trong Gia Đình, được cộng thêm	\$7,100

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

- Quý vị phải là người đứng tên trong biên nhận gas và địa chỉ phải là địa chỉ chính của quý vị.
- Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình.
- Quý vị phải tái xác nhận sự hội đủ điều kiện của mình theo chương trình CARE khi được yêu cầu
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa.
- Quý vị có thể được yêu cầu thẩm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI CHO THE GAS COMPANY TẠI:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Đại Hàn: 1-800-427-0471

Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)

Số Trương Mục: 123 456 7890

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



Đơn Xin Giảm Giá 20% Theo Chương Trình CARE

(Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ in
để đảm bảo xét duyệt chính xác)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Số Trương Mục: 123 345 7890

Ngày: 12/01/2007

Tên Khách Hàng: JOHN Q PUBLIC

Địa chỉ: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

- Tôi không còn hội đủ điều kiện hoặc không muốn tham gia vào chương trình CARE nữa. Xin rút trương mục của tôi ra khỏi chương trình CARE. Nếu quý vị bôi đen vào vòng tròn này (●), xin bỏ qua Phần 1 và 2, **ký tên** ở dưới, và gửi mẫu đơn này vào phong bì được cung cấp sẵn đã trả bưu phí trước trong vòng 90 ngày.

1 Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, người lớn khác, và trẻ em):

Điện Thoại Nhà #: - -

2A Các Trợ Cấp từ các Chương Trình Trợ Giúp Công Cộng (Public Assistance Programs) :
Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) cho bất cứ chương trình nào mà quý vị hay ai đó trong gia đình của quý vị nhận trợ cấp, sau đó BỎ QUA phần **2B** và điền vào phần **3**.

- Medi-Cal: Dưới 65 tuổi Food Stamps Healthy Families A&B WIC
 Medi-Cal: 65 tuổi trở lên TANF (AFDC) LIHEAP

HOẶC Nếu KHÔNG có mục nào ở trên, hãy điền vào Phần **2B**.

Lợi Tức Hộ Gia Đình: Bỏ qua phần này nếu quý vị đã điền vào Phần **2A**.

2B Phần 1: Nếu quý vị không tham gia vào bất cứ chương trình nào được liệt kê ở trên, xin bôi đen vào vòng tròn (●) cho tất cả các nguồn lợi tức của hộ gia đình quý vị, và cung cấp tổng lợi tức gia đình của quý vị vào các khoảng trống bên dưới:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> An Sinh Xã Hội | <input type="radio"/> Lương tuần hay lương tháng | <input type="radio"/> Bồi Thường theo Pháp Luật |
| <input type="radio"/> Hưu Bổng | <input type="radio"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp | <input type="radio"/> Bồi Thường Bảo Hiểm |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Trợ Cấp Tàn Phé | <input type="radio"/> Tiền Nuôi Người Phổi Ngẫu |
| Lợi Tức hay Cổ Tức từ: | <input type="radio"/> Bồi Thường Lao Động | <input type="radio"/> Tiền Nuôi Con Cái |
| <input type="radio"/> Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu bổng | <input type="radio"/> Học Bổng, Tài Trợ hay Trợ | <input type="radio"/> Lợi Tức Tiền Mặt và/hoặc lợi tức khác |
| <input type="radio"/> Cổ Phiếu hay Trái Phiếu, hoặc | Giúp Khác Dùng để trang | <input type="radio"/> Lợi Tức Khi Cho Thuê hay Tiền Bản Quyền |
| <input type="radio"/> Trương Mục Hưu Trí | trả Chi Phí Sinh Hoạt | <input type="radio"/> Lợi nhuận khi Làm Việc Tự Do(Mẫu đơn 040, Bản Kê C, dòng 29 của IRS) |

Phần 2: Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) mức lợi tức hàng năm của hộ gia đình trước khi khấu trừ.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Nếu nhiều hơn \$55,700, xin điền tổng số vào đây: \$, .00 mỗi năm

3 Lời Khai: Xin đọc và ký bên dưới.

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý sẽ cung cấp bằng cứ về việc hội đủ điều kiện theo chương trình CARE khi được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho The Gas Company biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận. Tôi hiểu rằng The Gas Company có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: X

Ngày:

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Mailer CARE Application
Form No. 6491-2B (12/07)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

1H12

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY APPLICATION

The Gas Company’s California Alternate Rates for Energy (CARE) program provides a 20% discount on the monthly gas bill for eligible households. Those who qualify and are approved within 90 days of starting new gas service will also receive a \$15 discount on the Service Establishment Charge.

To see if you qualify, check the requirements shown below. Please complete the application and return it in the envelope provided. The discount will be applied once your completed and signed application is approved by The Gas CompanySM.

THERE ARE 2 WAYS TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

- The gas bill must be in your name and the address must be your primary address.
- You must not be claimed as a dependent on another person’s income tax return other than to your spouse.
- You must recertify your application when requested.
- You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your eligibility for CARE.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:

- **DAP** - Direct Assistance Program, a low income energy efficiency program, offers free energy-saving home improvements such as ceiling insulation, door weather-stripping, caulking and minor home repair. 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.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program 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.

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANY AT:

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
 Hearing Impaired (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)



A Scorpora Energy unit

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL DESCUENTO CARE DEL 20%

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS ALTERNAS PARA ENERGÍA EN CALIFORNIA

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas CompanySM ofrece un descuento del 20% en la factura mensual de gas a los hogares que reúnen los requisitos. Aquellos que califiquen y sean aprobados en un término de 90 días a partir del inicio de su servicio de gas también recibirán un descuento de \$15 en el Cargo de Conexión de Servicio (Service Establishment Charge).

Para ver si califica, revise los requisitos que aparecen a continuación. Sírvase llenar el formulario de solicitud y regresarlo en el sobre provisto. El descuento se aplicará una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por The Gas Company.

HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

O

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: (en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008)	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añade	\$7,100

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE QUIZÁ PUDIERA 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.

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)

加州能源優惠率申請

The Gas CompanySM (瓦斯公司) 的加州能源優惠率 (CARE) 計劃提供符合特定資格的家庭 20% 的瓦斯 (煤氣) 費折扣。如果您在開新的瓦斯服務的 90 天之內申請並通過審核, 還可獲得 \$15 的開戶手續費優惠。

查看您是否符合資格, 請核對下列必要條件。請您填妥申請表格並用所提供的郵資已付信封寄回。在 The Gas Company 核准您填寫並簽名的申請表後, 您即可享受折扣。

符合 CARE 折扣的兩種資格:

政府協助計劃:
如果您或您的家人從下列任一計劃中受益
Medi-Cal - 加州醫療輔助計劃
Food Stamps - 食物券
TANF(AFDC) - 貧困家庭臨時現金資助計劃
Women, Infant & Children (WIC) - 婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)
Healthy Families Categories A&B - 健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B
LIHEAP - 低收入家庭能源協助計劃

或

家庭收入最高限額: (有效期 2007 年 6 月 1 日至 2008 年 5 月 31 日)	
家庭成員人數	年收入總額
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
每多一位家庭成員, 增加	\$7,100

參加條件

- 瓦斯帳單必須在您的名下並且地址必須為您的主要住宅。
- 除您配偶外, 您不能是其他人報稅單上的被撫養人。
- 您必須在被要求時, 重新認證您還符合 CARE 資格。
- 如果您已經不再符合該資格, 您必須在 30 天內通知 The Gas Company。
- 您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

您可能符合條件的優惠計劃和服務:

- **DAP (直接協助計劃):** 一項低收入能源效率計劃, 提供免費的節能住宅改進, 如屋頂絕緣隔熱、房門天氣封條、堵縫和次要的房屋維修。更多訊息, 請致電 1-800-331-7593。
- **Medical Baseline (醫療基線計劃):** 一定醫療狀況的客戶, 較多的瓦斯使用額度, 只需付較低的費率。若需更多訊息請致電 1-800-427-2200。
- **LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃):** 提供帳單付費協助, 緊急帳單協助和增強禦寒性能服務。請致電 California Department of Community Services and Development (加州社區服務與發展部) 1-866-675-6623。
- **California Lifeline (ULTS) (加州的普濟電話服務計劃):** 提供電話費優惠給類似 CARE 收入標準的低收入消費者。若需更多訊息, 請聯繫您的電話服務公司。

若需更多關於 CARE 計劃的諮詢, 請致電 THE GAS COMPANY:

英語: 1-800-427-2200

國語: 1-800-427-1429

西班牙語: 1-800-342-4545

韓語: 1-800-427-0471

粵語: 1-800-427-1420

越南語: 1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (僅限提供英語和西班牙語服務)



CARE 20% 費率折扣申請表

(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

若要符合 20% 費率折扣，請填寫本申請表格并寄回 The Gas Company。一旦您填寫完整并簽名的申請被 The Gas Company 批准，您就會開始享受此項折扣。

客戶姓名 (名在前, 姓在后)

地址: 空間 / 公寓號碼

城市: 郵政編碼:

住宅電話: - -

賬戶號碼: 源號碼 (source code):

1 您家庭中的總人數 (包括您本人, 其他成年人和兒童):

2A 所接受的政府協助計劃福利:
請把您或您家人所接受福利的計劃前塗黑 (●), 然後略過 **2B** 直接到 **3**。

Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 低于 65 歲

Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 65 或更大年齡

WIC (婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)

Healthy Families Categories A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B)

Food Stamps (食物券)

TANF (AFDC) (貧困家庭臨時現金資助計劃)

LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)

或

如果以上都不是, 請填寫下一個部分 **2B**。

2B 家庭收入: 請跳過這部分內容如果您已經填寫了 **2A** 部分。

第一部分: 如果您沒有參加以上任何計劃, 請把您家庭收入所有來源前面的圓圈塗黑 (●), 並在下方提供的空間內提供您的家庭收入總額:

<input type="radio"/> 社會安全福利金 (Social Security)	<input type="radio"/> 工資或薪金	<input type="radio"/> 法律賠償
<input type="radio"/> 退休金	<input type="radio"/> 失業救濟金	<input type="radio"/> 保險賠償
<input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI (社會安全補助金)	<input type="radio"/> 殘疾津貼	<input type="radio"/> 配偶支付的贍養費
從以下項目獲取的利息或紅利:	<input type="radio"/> 勞工補償	<input type="radio"/> 子女贍養費
<input type="radio"/> 儲蓄賬戶, 退休金	<input type="radio"/> 獎學金, 助學金,	<input type="radio"/> 現金或其它收入
<input type="radio"/> 股票或債券	或其它用于支付	<input type="radio"/> 租金或權利金收入
<input type="radio"/> 退休賬戶	生活費用的助學津貼	<input type="radio"/> 自由業收入 (IRS 1040 表格, Schedule C 表格, 第 29 行)

第二部分: 請按照您的稅前家庭年收入, 把適當項目前的圓圈塗黑 (●)

\$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

如果多于 \$55,700, 請在此處填寫金額 \$, .00 每年

3 聲明: 請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合 CARE 的資格。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。我瞭解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名 X 日期:

僅供 SOCALGAS 使用:
R: S: SPACE #: SC:

캘리포니아 에너지 대체 요금 신청서

The Gas CompanySM의 캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 적임 가구의 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 제공합니다. 자격이 있고 새 가스 서비스를 받기 시작한 후 90일 내에 승인을 받은 가구에 한하여 가스 개설료에 대하여 \$15의 할인 제공합니다.

자격 유무를 판명하기 위하여 아래에 제시된 요건을 검토하십시오. 신청서를 작성하여 제공된 봉투에 넣어 제출하십시오. 귀하께서 작성하고 서명한 신청서를 The Gas Company가 승인하는 즉시 할인 혜택이 적용됩니다.

CARE 할인 수혜 자격을 충족시키는 2 가지 방법이 있습니다:

공공 지원 프로그램:
귀하나 기타 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:
Medi-Cal
Food Stamps (푸드 스탬프)
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC, 여성, 유아 및 아동)
Healthy Families A&B (건강한 가족 유형 A 및 B)
LIHEAP

또는

최대 가구 소득: (2007. 6. 1부터 2008. 5. 31까지 유효)	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
추가되는 식구 1인당 추가액	\$7,100

참여 조건

- 가스 청구서는 귀하의 이름으로 되어 있어야 하며 주소는 귀하의 집 주소이어야 합니다.
- 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다.
- 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다.
- 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30일 이내에 The Gas Company에 통보해야 합니다.
- CARE에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

- **DAP** - 저소득 에너지 효율 프로그램인 DAP(직접 보조 프로그램)는 천장 단열, 문 통풍 마개 처리, 코킹 및 경미한 주택 수리와 같은 에너지 절약 주택 개량공사를 무료로 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-331-7593 번으로 문의하십시오.
- **Medical Baseline (의료 저율요금)** - 특정한 의학적 상태에 처한 고객들에게 저렴한 요금으로 추가 할당량의 가스를 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-427-2200 번으로 문의하십시오.
- **LIHEAP** - 저소득 주택 에너지 지원 프로그램인 LIHEAP는 청구금액 지원, 긴급 요금 지원 및 내후 단열 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 캘리포니아 지역사회 서비스 개발부로 문의하십시오.
- **California Lifeline (ULTS, 캘리포니아 라이프라인)** - CARE와 유사한 소득 기준을 충족시키는 고객들을 위한 할인 전화 이용. 자세한 내용은 현지의 전화회사에 문의하십시오.

CARE에 대한 사항은 아래의 THE GAS COMPANY 번호로 문의하십시오:

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

월남어: 1-800-427-0478

청각 장애인(TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)



CARE 20% 요금 할인 신청서

(정확히 처리됨을 보장 하기 위해 진한 잉크를 사용하여 인쇄체로 명확히 기재해 주십시오)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

20% 요금 할인을 받으시려면 신청서를 작성하여 **The Gas Company** 로 보내주시기 바랍니다. 귀하께서 작성하고 서명한 신청서를 **The Gas Company** 에서 승인 시 할인을 받으시게 됩니다.

고객 이름 (이름 중간이름 약자 성):

주소: 스페이스 / 아파트 번호:

시: ZIP:

주택 전화: - -

구좌번호: 소스 코드:

1 귀 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

2A 받는 공공 지원 프로그램 혜택:

귀하나 식구 중에서 혜택을 받는 프로그램에 대해서는 해당 동그라미(●) 안을 채우고 **2B** 번을 건너뛰어 직접 **3** 번으로 가십시오.

- Medi-Cal: 65 세 미만
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 세 이상
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

또는

위의 프로그램에 해당되지 않는 경우, 다음의 **2B** 을 작성하십시오.

2B

가구 소득: **2A** 번을 작성한 경우 건너뛰십시오.

1부: 위에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우, 귀 가구의 모든 소득원에 대해 동그라미(●) 안을 채우고 아래에 있는 공란에 총 가구 소득을 기입하십시오:

- 사회보장금
- 임금 또는 봉급
- 법적 타협금
- 연금
- 실업 혜택
- 보험 타협금
- SSI, SSP, SSDI
- 장애 지원금
- 배우자 생활비
- 다음 사항으로부터의 이자나 배당금:
- 산재보상금
- 자녀 부양비
- 예금 구좌, 연금
- 장학금, 보조금,
- 현금 및/또는 기타 소득
- 주식이나 채권 또는
- 또는 다음 사항을 위해
- 임대료나 로열티 소득
- 은퇴 구좌
- 사용된 기타 보조금 생활비
- 자영업 수익

(IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29 행)

2부: 귀 가구의 공제전 연간 소득 범위에 해당되는 항목의 동그라미(●) 안을 채우십시오.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

\$55,700 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, .00

3 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오:

본 신청서에 기재한 정보가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 **The Gas Company** 에 통보하기로 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불할 수도 있다는 것을 본인은 이해합니다. **The Gas Company** 에서 기타 유틸리티 회사나 에이전트의 소득 자격자 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X 날짜:

SOCALGAS 에 한하여서만 사용

R: SPACE #: SC:



ĐƠN XIN HƯỞNG MỨC GIÁ NĂNG LƯỢNG THAY THẾ CỦA CALIFORNIA

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của The Gas CompanySM giảm giá 20% trên biên nhận gas hàng tháng cho các hộ gia đình hội đủ điều kiện. Những người nào hội đủ điều kiện và được chấp thuận trong vòng 90 ngày kể từ khi bắt đầu dịch vụ gas mới cũng sẽ được giảm giá \$15 trên Chi Phí Nhận Dịch Vụ (Service Establishment Charge).

Để biết quý vị có hội đủ điều kiện hay không, xin xem kỹ những yêu cầu nêu ra sau đây. Xin điền đầy đủ vào đơn và gửi trả lại bằng phong bì được cung cấp sẵn. Sẽ áp dụng giảm giá khi đơn xin đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị được The Gas Company chấp thuận.

CÓ 2 CÁCH ĐỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIẢM GIÁ THEO CHƯƠNG TRÌNH CARE:

CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG:
Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình của quý vị nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:
Medi-Cal
Phiếu Thực Phẩm (Food Stamps)
TANF(AFDC)
Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Em (Women, Infant & Children hay WIC)
Gia Đình Khỏe Mạnh Loại A&B (Healthy Families Categories A&B)
LIHEAP

HOẶC

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH (có hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2007 đến 31 tháng Năm, 2008)	
Số Người trong Hộ Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Mỗi người Thêm vào trong Hộ Gia Đình, được cộng thêm	\$7,100

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

- Quý vị phải là người đứng tên trong biên nhận gas và địa chỉ phải là địa chỉ chính của quý vị.
- Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình.
- Quý vị phải tái xác nhận đơn của mình khi được yêu cầu
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa.
- Quý vị có thể được yêu cầu thẩm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN:

- **DAP** - Direct Assistance Program, là chương trình tiết kiệm hiệu quả năng lượng cho người có lợi tức thấp giúp sửa chữa miễn phí trong nhà để tiết kiệm năng lượng như gắn cách nhiệt trần nhà, bịt khe cửa, trét chỗ hở và các sửa chữa nhỏ trong nhà. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-331-7593.
- **Medical Baseline (Chương Trình Y Tế Cơ Bản)** – Cung cấp thêm tiêu chuẩn gas được dùng ở mức giá thấp hơn cho các khách hàng đang có bệnh trạng nào đó. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-427-2200.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program (Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Tại Gia cho Người Có Lợi Tức Thấp) giúp trả biên nhận, trợ giúp biên nhận khẩn cấp và các dịch vụ thích nghi với thời tiết. Xin gọi California Department of Community Services and Development (Sở Dịch Vụ Cộng Đồng và Phát Triển California) tại số 1-866-675-6623.
- **California Lifeline (ULTS)** - Giảm giá điện thoại cho các khách hàng hội đủ điều kiện theo hướng dẫn về lợi tức tương tự như chương trình CARE. Để biết thêm thông tin, xin liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ điện thoại địa phương của quý vị.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI CHO THE GAS COMPANY TẠI:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200 Quan Thoại: 1-800-427-1429 Tây Ban Nha: 1-800-342-4545
Đại Hàn: 1-800-427-0471 Quảng Đông: 1-800-427-1420 Tiếng Việt: 1-800-427-0478
Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)



Đơn Xin Giảm Giá CARE 20%

(Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ in để đảm bảo xét duyệt chính xác)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Để hội đủ điều kiện được giảm giá 20%, xin điền đầy đủ vào đơn và gửi trả về cho The Gas Company. Quý vị sẽ được giảm giá ngay sau khi đơn xin đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị được The Gas Company chấp thuận.

TÊN KHÁCH HÀNG (TÊN TÊN LÓT HỌ):

ĐỊA CHỈ: NHÀ/CÂN HỘ #:

THÀNH PHỐ: SỐ ZIP:

ĐIỆN THOẠI NHÀ: - -

TRƯƠNG MỤC #: Mã Nguồn:

1 Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, người lớn khác, và trẻ em):

2A Các Trợ Cấp từ các Chương Trình Trợ Giúp Công Cộng (Public Assistance Programs) :
Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) cho bất cứ chương trình nào mà quý vị hay ai đó trong gia đình của quý vị nhận trợ cấp, sau đó BỎ QUA phần **2B** và điền vào phần **3**.

- Medi-Cal: Dưới 65 tuổi Food Stamps Healthy Families A&B WIC
 Medi-Cal: 65 tuổi trở lên TANF (AFDC) LIHEAP

Nếu KHÔNG có mục nào ở trên, hãy điền vào Phần **2B**.

HOẶC

2B Lợi Tức Hộ Gia Đình: Bỏ qua phần này nếu quý vị đã điền vào Phần **2A**.
Phần 1: Nếu quý vị không tham gia vào bất cứ chương trình nào được liệt kê ở trên, xin bôi đen vào vòng tròn (●) cho tất cả các nguồn lợi tức của hộ gia đình quý vị, và cung cấp tổng lợi tức gia đình của quý vị vào các khoảng trống bên dưới:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> An Sinh Xã Hội | <input type="radio"/> Lương tuần hay lương tháng | <input type="radio"/> Bồi Thường theo Pháp Luật |
| <input type="radio"/> Hưu Bổng | <input type="radio"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp | <input type="radio"/> Bồi Thường Bảo Hiểm |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Trợ Cấp Tàn Phế | <input type="radio"/> Tiền Nuôi Người Phối Ngẫu |
| Lợi Tức hay Cổ Tức từ: | <input type="radio"/> Bồi Thường Lao Động | <input type="radio"/> Tiền Nuôi Con Cái |
| <input type="radio"/> Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu bổng | <input type="radio"/> Học Bổng, Tài Trợ hay Trợ | <input type="radio"/> Lợi Tức Tiền Mặt và/hoặc lợi tức khác |
| <input type="radio"/> Cổ Phiếu hay Trái Phiếu, hoặc | Giúp Khác Dùng để trang | <input type="radio"/> Lợi Tức Khi Cho Thuê hay Tiền Bản Quyền |
| <input type="radio"/> Trương Mục Hưu Trú | trả Chi Phí Sinh Hoạt | <input type="radio"/> Lợi nhuận khi Làm Việc Tự Do(Mẫu đơn 040, Bản Kê C, dòng 29 của IRS) |

Phần 2: Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) mức lợi tức hàng năm của hộ gia đình trước khi khấu trừ.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Nếu nhiều hơn \$55,700, xin điền tổng số vào đây: \$, .00 mỗi năm

3 Lời Khai: Xin đọc và ký bên dưới.

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý sẽ cung cấp bằng chứng về việc hội đủ điều kiện theo chương trình CARE khi được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho The Gas Company biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận. Tôi hiểu rằng The Gas Company có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: **X** Ngày:

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO SOCALGAS:

R: S: SPACE #: SC:

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Post-Enrollment Verification CARE Application
Individually Metered Residential Form No. 6675-B (12/07)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

1H12

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



**IMMEDIATE REPLY
NEEDED**

Dear Customer:

Date: MM/DD/YY

You are currently receiving a 20% CARE discount on your monthly gas bill through The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program. Your household has been randomly selected for verification of eligibility. To continue receiving this discount, please return the completed and signed form including required document(s) in the envelope provided within 90 days. If you do not reply or are found ineligible, you may receive corrected billings.

Required Documents: You only need to provide copies of document(s) from either list 1 OR 2 (not both).

List 1) If you or another person in your household receives public assistance, please send documentation proving participation in any of the following programs:

Medi-cal	Food Stamps	TANF(AFDC)	WIC	Healthy Families A&B	LIHEAP
----------	-------------	------------	-----	----------------------	--------

OR

List 2) If no one in your household participates in any of the programs mentioned above, please send copies of income documents for every household member receiving income or aid. The chart below lists income sources and required documents:

If you receive:	Acceptable Documents
Wages, Salary, Tips, Commissions	Two most recent consecutive Pay Stubs, or W2, or IRS 1040 form
Social Security, SSI, SSDI, Pensions, Disability Payments, Workers Compensation, Unemployment Benefits	Statements of Benefits, or Copy of the Check, or Bank Statements showing the deposits, or IRS Form 1040, or IRS Form 1099
Profit from Self-Employment	IRS Form 1040 plus Schedule C
Rental Income, Royalty Income	IRS Form 1040, plus Schedule E for rental income
Interest or Dividends from Savings Accounts, Retirement Accounts, Stocks, Bonds	IRS Form 1040, or IRS Form 1099(s).
Insurance, Legal settlements	Settlement documents
Child and/or Spousal Support	Court Documents, or Copy of the Check
School Grants, Scholarships, or Other Aid	Award Letters, or two most recent consecutive Pay Stubs, or Copy of the Check
None of the Sources Above	A statement explaining the sources of income used to support your household

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANYSM AT:

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

Hearing Impaired (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



SE REQUIERE RESPUESTA INMEDIATA

Apreciable cliente:

Fecha: MM/DD/YY

Actualmente recibe una tarifa de descuento del 20% en su factura mensual de gas a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas CompanySM. Su hogar fue seleccionado al azar para verificar que reúne los requisitos. Para continuar recibiendo este descuento, sírvase devolver el formulario debidamente llenado y firmado, junto con la documentación requerida en el sobre provisto en un término de 90 días. Si no responde o se determina que no reunía los requisitos, tal vez reciba facturas con los montos corregidos.

Documentación requerida: Sólo necesita proporcionar copias de la documentación de la lista 1 O 2 (no ambas).

Lista 1) Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe asistencia pública, sírvase enviar la documentación que compruebe su participación en cualquiera de los siguientes programas:

Medi-cal	Food Stamps	TANF(AFDC)	WIC	Healthy Families A&B	LIHEAP
----------	-------------	------------	-----	----------------------	--------

O

Lista 2) Si ningún miembro del hogar participa en alguno de los programas mencionados con anterioridad, sírvase enviar copias de los comprobantes de ingreso de cada miembro que viva en su hogar que reciba ingresos o alguna ayuda. El siguiente cuadro enlista las fuentes de ingreso y la documentación requerida:

Si recibe usted:	Documentación aceptable
Salarios, sueldos, propinas, comisiones	Los dos últimos talones de pago, W2, o formulario 1040 del IRS
Seguro social, SSI, SSDI, pensiones, pagos de incapacidad, indemnización para los trabajadores, beneficios de desempleo	Constancias de beneficios, copia del cheque, estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos, formulario 1040 del IRS o formulario 1099 del IRS
Utilidades de autoempleo	Formulario 1040 del IRS y Anexo C
Ingresos por alquiler o regalías	Formulario 1040 del IRS y Anexo E para ingresos por alquiler
Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, cuentas para el retiro, acciones, bonos	Formulario 1040 del IRS o formulario 1099(s) del IRS.
Pagos de reclamaciones legales y/o a seguros	Documentación relativa al pago de reclamaciones
Pensión alimenticia y/o conyugal	Documentación judicial o copia del cheque
Subvenciones, becas u otro tipo de ayuda escolar	Cartas de otorgamiento, los dos últimos talones de pago, o copia del cheque
Ninguna de las fuentes anteriores	Una declaración que explique las fuentes de ingreso usadas para mantener su hogar

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés u español únicamente)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



請立即答復

親愛的客戶:

日期: 月/日/年

您現在正通過The Gas CompanySM (瓦斯公司) 的加州能源優惠率 (CARE)計劃, 享受占每月瓦斯 (煤氣) 帳單 20% 的CARE 折扣優惠。您的家庭被隨機選中進行資格確認。若要繼續享受此項折扣, 請您將填寫好并簽名的表格以及所需文件放入所提供的信封中, 在 90 天內寄回。如果您沒有回復或經查證不符合資格, 您將會收到更正折扣的帳單。

所需文件: 您只需要提供列表1 或 列表2 中的文件副本, 而不需要提供所有兩個列表中的文件。

列表 1) 如果您或您家中的其他成員接受政府協助, 請您提供能够證明參與以下任何計劃的文件:

Medi-cal (加州醫療輔助計劃)	Food Stamps (食物券)	TANF(AFDC) (貧困家庭臨時現金資助計劃)	WIC (婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)	Healthy Families A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別A及B)	LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------

列表 2) 如果您家中無人參加上述任何計劃, 請您提供您家中每位成員的收入文件副本, 包括所有收入和協助。以下表格列出了收入來源和所需文件:

如果您收到:	可以接受的文件:
工資, 薪金, 小費, 傭金	兩份最近連續的薪金支票存根(Pay Stubs), W2, 或 IRS 1040 表格
Social Security (社會安全福利金), SSI, SSDI (社會安全補助金), 退休金, 殘疾津貼, 勞工補償, 失業救濟	福利說明書 (Statements of Benefits), 或支票副本, 或顯示存款數額的銀行月結單, 或 IRS 的 1040 或 1099 表格
自由業 (Self-Employment) 取得的利潤	IRS 的 1040 表格和 Schedule C 表格
租金, 權利金收入	IRS 的 1040 表格和租金收入使用的 Schedule E 表格
儲蓄賬戶, 退休賬戶, 股票和債券中取得的利息和紅利	IRS 的 1040 表格或 IRS 的 1099(s) 表格
保險賠償金和法律賠償金	處理結果文件
子女或配偶贍養費	法庭文件或支票副本
學校補助, 獎學金和其它助學金	獲獎信件, 兩份最近連續的補助金支票存根 (Pay Stubs), 或支票副本
其上來源都不是	一份解釋您用於支撐家庭的收入來源的證明

若需更多關於 CARE 計劃的諮詢, 請致電 THE GAS COMPANY

英語: 1-800-427-2200

國語: 1-800-427-1429

西班牙語: 1-800-342-4545

韓語: 1-800-427-0471

粵語: 1-800-427-1420

越南語: 1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207

CARE 計劃 20% 費率折扣確認表格

(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

賬戶號碼: 123 456 7890

日期: 12/01/2007

客戶姓名: JOHN Q PUBLIC

地址: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

我不再符合或不願再參加 CARE 計劃。請把我的賬戶從 CARE 計劃中取消。如果您將這個圓圈塗黑 (●)，請跳過 1 至 3 部分的內容，在文件下方簽字，將此表格放在所提供的郵資已付的信封中，在 90 天內寄回。

(1) 您家庭中的總人數 (包括您本人, 其他成年人和兒童):

(2) 請列出您家庭中每位成員的姓名 (包括您本人, 其它成年人和兒童), 並將適當的圓圈塗黑 (●) 以顯示該成員是成人還是兒童。

姓名		成人/兒童		姓名		成人/兒童	
1.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

家庭年收入總額: 如果您的家庭沒有參加列表 (1) 中的任何協助計劃, 請您把能體現您每年毛收入的圓圈塗黑 (●)。

\$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

如果多於 \$55,700, 請在此處填寫金額: \$.00 每年

聯絡電話 #: - -

(3) 我已經附上了能够證明參與協助計劃 (列表 1) 的文件副本或每個家庭成員的收入文件, 包括接受的所有收入和協助 (列表 2)。請塗黑符合您情況的圓圈 (●)。 是 否

(4) 聲明: 請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合 CARE 的資格。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。我瞭解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: X

日期:

僅供 SOCALGAS 填寫:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH

BLANK = INCOMPLETE

INC: \$

HH:

INITIALS:



즉시 회신하셔야 합니다

친애하는 고객님:

날짜: YY년 MM월 DD일

귀하께서는 현재 The Gas CompanySM의 캘리포니아 에너지 대체 요금 (CARE) 프로그램을 통하여 월별 가스 요금에 대해 20% CARE 할인을 받고 계십니다. 귀 가구는 수혜 자격 확인 대상으로 무작위로 선정되었습니다. 이 할인을 계속 받으시려면, 작성하고 서명한 양식을 구비 서류와 함께 제공된 봉투를 사용하여 90일 내에 제출하십시오. 회답을 하지 않으시거나 자격이 없는 것으로 판단되면, 조정된 청구서를 받으실 수도 있습니다.

구비 서류: 목록 1 또는 2(두 목록 모두가 아님)의 문서의 사본을 제출하면 됩니다.

목록 1) 귀하나 기타 식구가 공공 지원을 받는 경우, 다음 중 해당 프로그램에 대한 참여를 입증하는 자료를 보내십시오.

Medi-cal	Food Stamps (푸드 스탬프)	TANF(AFDC)	WIC	Healthy Families A&B (건강한 가족 유형 A 및 B)	LIHEAP
----------	-------------------------	------------	-----	---	--------

또는

목록 2) 식구 중 아무도 위에 언급된 어느 프로그램에도 참여하지 않는 경우, 소득이나 보조금을 받는 모든 식구에 대한 소득 서류 사본을 보내십시오. 아래 표는 소득원과 구비 서류를 나열합니다:

받는 소득:	인정되는 문서
임금, 봉급, 팁, 커미션	최근의 2 회 연속 보수 전표 또는 W2 또는 IRS 1040 양식
사회보장금, SSI, SSDI, 연금, 장애 지원금, 산재보상금, 실업수당	혜택 내역서 또는 수표 사본 또는 예금을 보여주는 은행 내역서 또는 IRS 양식 1040 또는 IRS 양식 1099
자영업 수익	IRS 양식 1040 과 스케줄 C
임대 소득, 로열티 소득	IRS 양식 1040 및 임대 소득에 대한 스케줄 E
예금 구좌, 은퇴 구좌, 주식, 채권의 이자나 배당금	IRS 양식 1040 또는 IRS 양식 1099.
보험, 법률 법적 타협금	타협 문서
어린이 및/또는 배우자 생활비	법원 문서 또는 수표 사본
학교 보조금, 장학금 또는 기타 보조금	수여 서신 또는 최근의 2 회 연속 보수 전표 또는 수표 사본
위의 소득원 해당되지 않음	가족 부양을 위해 사용된 소득의 원천을 설명하는 진술서

CARE 에 대한 사항은 아래의 THE GAS COMPANY 번호로 문의하십시오:

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

월남어: 1-800-427-0478

청각 장애자(TDD/YYY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 요금 할인 확인 양식

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(정확히 처리되도록 하기 위해 진한 펜을 사용하여 분명히 인쇄체로 기입하십시오)

구좌 번호: 123 456 7890

날짜: 12/01/2007

고객 이름: JOHN Q PUBLIC

주소: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

○ 본인은 더 이상 자격이 없거나 CARE 에 참여하기를 원치 않습니다. 본인의 구좌를 CARE 프로그램에서 삭제해 주십시오. 이 동그라미(●) 안을 채운 경우, 1~ 3 번을 생략하고 하단에 서명하여 이 양식을 제공된 우송료가 선불된 봉투에 넣어 90 일 내에 보내 주십시오.

(1) 귀 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

(2) 모든 식구들(본인, 성인 및 어린이 포함)의 이름을 나열하고 각 식구가 성인인지 어린이인지를 해당 동그라미(●) 안을 채워서 표시하십시오.

이름		성인 / 어린이		이름		성인 / 어린이	
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

총 연간 가구 소득: 공제하기 전에 귀 가구의 연간 총 소득 범위에 해당되는 동그라미(●) 안을 채우십시오.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700
- \$55,700 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, , .00

주택 전화번호: - -

(3) 본인은 보조 프로그램(목록 1) 참여를 입증하는 문서 또는 소득 / 보조금(목록 2)을 받는 모든 식구에 대한 소득 문서의 사본을 포함하였습니다. 해당 동그라미(●)의 안을 채우십시오. 예 아니오

(4) 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오.

본 신청서에서 본인이 제공한 정보와 문서가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 The Gas Company 에 통보하기로 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수도 있다는 것을 본인은 이해합니다. The Gas Company 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X

날짜:

SOCALGAS 에 한하여서만 사용

1 = CE, 2 = INCOME, 3 = BOTH
BLANK = INCOMPLETE

INC: \$,

HH:

INITIALS:



**CẦN HỒI ĐÁP
NGAY**

Kính Gởi Quý Khách Hàng:

Ngày: MM/DD/YY

Quý vị hiện đang được giảm giá 20% theo chương trình CARE trên biên nhận gas hàng tháng qua chương trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của The Gas CompanySM. Hộ gia đình của quý vị được chọn ngẫu nhiên để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện. Để tiếp tục được giảm giá theo chương trình này, xin gửi lại mẫu đơn đã điền đầy đủ và ký tên bao gồm cả (các) tài liệu được yêu cầu trong phong bì được cung cấp sẵn trong vòng 90 ngày. Nếu quý vị không hồi đáp hoặc cho thấy không hội đủ điều kiện, quý vị có thể nhận được biên nhận hiệu chỉnh.

Các Tài Liệu Yêu Cầu: Quý vị chỉ cần cung cấp bản sao của (các) tài liệu từ danh sách 1 **HOẶC** 2 (không phải cả hai)

Danh sách 1) Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình được hưởng các chương trình trợ giúp công cộng, xin gửi tài liệu xác nhận được hưởng bất cứ chương trình nào sau đây:

Medi-cal	Food Stamps	TANF(AFDC)	WIC	Healthy Families A&B	LIHEAP
----------	-------------	------------	-----	----------------------	--------

HOẶC

Danh sách 2) Nếu không có ai trong hộ gia đình của quý vị được hưởng bất cứ chương trình nào ở trên, xin gửi bản sao các tài liệu về lợi tức của mọi thành viên trong hộ gia đình có lợi tức hoặc trợ cấp. Bảng dưới đây liệt kê các nguồn lợi tức và các tài liệu được yêu cầu:

Nếu quý vị nhận:	Các Tài Liệu Có Thể Chấp Nhận Được
Lương Tuần, Lương Tháng, Tiền Thưởng, Hoa Hồng	Hai Cùi Phiếu Lương liên tục gần đây nhất, hay mẫu đơn W2, hay mẫu đơn 1040 của IRS
An Sinh Xã Hội, SSI, SSDI, Hưu Bổng, Trợ Cấp Tàn Phế, Bồi Thường Lao Động, Trợ Cấp Thất Nghiệp	Bản Kê Trợ Cấp, hay Bản Sao Chi Phiếu, hoặc Bản Kê Trương Mục Ngân Hàng về khoản tiền gửi vào, hoặc Mẫu Đơn 1040 của IRS, hoặc Mẫu Đơn 1099 của IRS
Lợi Nhuận Khi Làm Việc Tự Do	Mẫu Đơn 1040 của IRS và Bản Liệt Kê C
Lợi Tức Cho Thuê, Lợi Tức Bản Quyền	Mẫu Đơn 1040 của IRS và Bản Liệt Kê E về lợi tức khi cho thuê
Lợi Tức hay Cổ Tức từ Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu Trí, Cổ Phiếu, Trái Phiếu	Mẫu Đơn 1040 của IRS, hay (các) Mẫu Đơn 1099 của IRS
Bảo Hiểm, Bồi Thường Theo Pháp Luật	Tài Liệu về Bồi Thường
Tiền Nuôi Con và/hoặc Người Phối ngẫu	Tài Liệu Toà Án, hay Bản Sao của Chi Phiếu
Tài Trợ Học Hành, Học Bổng, hay Trợ Giúp Khác	Thư Trao Tài Trợ, hoặc hai cùi phiếu lương liên tục gần đây nhất, hay Bản Sao của Chi Phiếu
Không có Nguồn Nào nêu Trên	Một bản kê giải thích các nguồn lợi tức dùng cho gia đình của quý vị

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI THE GAS COMPANY TẠI :

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Đại Hàn: 1-800-427-0471

Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)

JOHN Q PUBLIC
JANE Q PUBLIC
1801 ATLANTIC BLVD
MONTEREY PARK CA 91754-5207



Đơn Xác Minh Để Được Giảm Giá 20% Theo Chương Trình CARE

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ in để đảm bảo xét duyệt chính xác)

Số Trương Mục: 123 456 7890

Ngày: 12/01/2007

Tên Khách Hàng: JOHN Q PUBLIC

Địa chỉ: 1801 ATLANTIC BLVD, MONTEREY PARK CA 91754-5207

Tôi không còn hội đủ điều kiện hoặc không muốn tham gia vào chương trình CARE nữa. Xin rút trương mục của tôi ra khỏi chương trình CARE. Nếu quý vị bôi đen vào vòng tròn này (●), xin bỏ qua Phần 1 – 3, **ký tên** ở dưới, và gửi mẫu đơn này vào phong bì được cung cấp sẵn đã trả bưu phí trước trong vòng 90 ngày.

(1) Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị
(bao gồm quý vị, những người lớn khác, và trẻ em):

(2) Xin ghi tên mọi người trong hộ gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, các người lớn, và trẻ em) và bôi đen vào vòng tròn (●) để cho biết mỗi người là người lớn hay là trẻ em.

Tên		Người Lớn/Trẻ Em		Tên		Người Lớn/Trẻ Em	
1.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tổng Lợi Tức Hàng Năm của Hộ Gia Đình: Nếu gia đình của quý vị không được hưởng bất cứ chương trình trợ giúp nào ở **Danh Sách 1**, xin bôi đen vào vòng tròn (●) tổng mức lợi tức gộp hàng năm của quý vị.

\$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Nếu nhiều hơn \$55,700, ghi tổng số vào đây: \$, .00 mỗi năm

Điện Thoại Nhà #: - -

(3) Tôi đã **gởi kèm** các bản sao tài liệu chứng minh được hưởng một chương trình trợ giúp (danh sách 1) HOẶC (các) tài liệu về lợi tức cho mọi thành viên trong hộ gia đình có lợi tức/trợ cấp (danh sách 2). Hãy bôi đen vào vòng tròn (●). Có Không

(4) **Lời Khai: Xin đọc và ký tên bên dưới.**

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý thông báo cho The Gas Company biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận. Tôi hiểu rằng The Gas Company có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: **X** Ngày:

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO SOCIALGAS:

1 = CE, 2 = INCOME, 3 = BOTH INC: \$ HH: INITIALS:

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Submetered Residential Form No. 6677-B (12/07)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



**20% DISCOUNT
CARE APPLICATION**

CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY APPLICATION

The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program provides a 20% discount on the monthly gas bill for eligible households.

To see if you qualify, check the requirements shown below. Please complete the application and return it in the envelope provided. Once your completed and signed application is approved by The Gas CompanySM, you will receive the CARE discount from your property owner/manager. You and your property owner/manager will be notified whether or not you are approved for the discount.

THERE ARE 2 WAYS TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

- You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- You must recertify your eligibility for CARE when requested.
- You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your eligibility for CARE.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:

- **DAP** - Direct Assistance Program, a low income energy efficiency program, offers free energy-saving home improvements such as ceiling insulation, door weather-stripping, caulking and minor home repair. 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.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program 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.

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANY AT:

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

Hearing Impaired (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD.,# 42
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% Rate Discount Application

(Please use dark ink and print clearly to ensure proper processing)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML, GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Facility ID: 123 345 7890

Date: 12/01/2007

Customer Name: JOHN Q PUBLIC

Address: 1801 ATLANTIC BLVD, # 42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 Total number of persons in your household (including you, other adults, and children):

Home Phone #: - -

2A **Public Assistance Programs Benefits Received:**
If you or someone in your household receives benefits from any of the programs below, please fill in the circle (●), then SKIP **2B** and go directly to **3**.

- Medi-Cal: Under 65 of age
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 or older
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

OR

*If NONE of the above, please complete Section **2B**.*

2B **Household Income: Skip if you completed Section **2A**.**
Part 1: If you do not participate in any of the programs listed above, please fill in the circle (●) for all sources of income in your household, and provide your total household income in the spaces provided below:

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

Part 2: Please fill in the circle (●) of your household's income range per year before deductions.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

If more than \$55,700, enter amount here: \$, .00 per year

3 **Declaration:** Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to 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 income qualifying assistance programs.

Signature: X

Date:



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL DESCUENTO CARE DEL 20%

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS ALTERNAS PARA ENERGÍA EN CALIFORNIA

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas CompanySM ofrece un descuento del 20% en la factura mensual de gas a los hogares que reúnen los requisitos.

Para ver si califica, revise los requisitos que aparecen a continuación. Sírvase llenar el formulario de solicitud y regresarlo en el sobre provisto. Una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por The Gas Company, recibirá el descuento CARE del propietario / administrador de su vivienda. Se les notificará a usted y al propietario / administrador de su vivienda si se aprobó o no el descuento.

HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

O

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: <i>(en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008)</i>	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añada	\$7,100

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar que tiene derecho a CARE cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE QUIZÁ PUDIERA 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. 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.

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

Inglés: 1-800-427-2200 Mandarín: 1-800-427-1429 Español: 1-800-342-4545
 Coreano: 1-800-427-0471 Cantonés: 1-800-427-1420 Vietnamita: 1-800-427-0478
 Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)

JOHN Q PUBLIC
 MOBILE HOME PARK/APARTMENT
 1801 ATLANTIC BLVD # 42
 MONTEREY PARK CA 91754-5207

Formulario de solicitud para la tarifa CARE del 20% de descuento

(Por favor use tinta oscura y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado)

Número de complejo habitacional (*Facility ID*): 123 345 7890

Fecha: 12/01/2007

Nombre del cliente: JOHN Q PUBLIC

Domicilio: 1801 ATLANTIC BLVD, # 42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 Número total de personas que viven en su hogar (incluidos usted, otros adultos y niños):

Teléfono de casa: - -

2A **Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública:**
Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo (●), luego **SÁLTESE** la sección **2B** y pase directamente a la sección **3**.

- Medi-Cal: menor de 65 años Food Stamps Healthy Families A&B WIC
 Medi-Cal: 65 años o más TANF (AFDC) LIHEAP

*Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección **2B**.*

2B **Ingreso en el hogar: *Sálteselo si llenó la sección 2A.***
Parte 1: Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el círculo (●) 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Seguro Social | <input type="radio"/> Salarios o sueldos | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones legales |
| <input type="radio"/> Pensiones | <input type="radio"/> Beneficios de desempleo | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones a seguros |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Pagos de incapacidad | <input type="radio"/> Pensión conyugal |
| Intereses o dividendos de: | <input type="radio"/> Indemnización para los trabajadores | <input type="radio"/> Pensión alimenticia |
| <input type="radio"/> Cuentas de ahorro, pensiones | <input type="radio"/> Becas, subvenciones | <input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="radio"/> Acciones o bonos | <input type="radio"/> u otra ayuda usada | <input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías |
| <input type="radio"/> Cuentas para el retiro | <input type="radio"/> para sufragar el costo de la vida | <input type="radio"/> Utilidades de autoempleo (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS) |

Parte 2: Sírvase rellenar el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Si es más de \$55,700, escriba el monto aquí: \$, .00 al año

3 **Declaración:** Por favor lea y firme abajo.
Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. 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 otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia con requisitos de ingreso.

Firma : X

Fecha:



A Sempra Energy utility

20% CARE 折扣申請表

加州能源優惠率計劃申請

The Gas CompanySM (瓦斯公司)的加州能源優惠率(CARE)計劃為符合資格的家庭提供占每月瓦斯(煤氣)帳單 20%的折扣。

要查看您是否符合資格,請核對下列必要條件。請您填寫好申請表格並使用所提供的信封寄回。一旦您填寫完整並簽名的申請表被 The Gas Company 批准,您將從您的房東/物業經理處獲得 CARE 折扣。您的房東/物業經理將會被通知您是否已被批准此項折扣。

符合 CARE 折扣的兩種資格:

政府協助計劃:
如果您或您的家人從下列任一計劃中受益
Medi-Cal - 加州醫療輔助計劃
Food Stamps - 食物券
TANF(AFDC) - 貧困家庭臨時現金資助計劃
Women, Infant & Children (WIC) - 婦女,嬰兒和兒童營養輔助計劃)
Healthy Families Categories A&B - 健康家庭低費兒童醫療保健計劃類別 A 及 B
LIHEAP - 低收入家庭能源協助計劃

或

家庭收入最高限額: (有效期 2007 年 6 月 1 日至 2008 年 5 月 31 日)	
家庭成員人數	年收入總額
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
每多一位家庭成員, 增加	\$7,100

參加條件

- 除您配偶外,您不能是其他人報稅單上的被撫養人。
- 您必須在被要求時,重新認證您還符合 CARE 資格。
- 如果您已經不再符合該資格,您必須在 30 天內通知 The Gas Company。
- 您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

您可能符合條件的優惠計劃和服務:

- DAP (直接協助計劃):** 一項低收入能源效率計劃,提供免費的節能住宅改進,如屋頂絕緣隔熱、房門天氣封條、堵縫和次要的房屋維修。更多訊息,請致電 1-800-331-7593。
- Medical Baseline (醫療基綫計劃):** 一定醫療狀況的客戶,較多的瓦斯使用額度,只需付較低的費率。若需更多訊息請致電 1-800-427-2200。
- LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃):** 提供帳單付費協助,緊急帳單協助和增強禦寒性能服務。請致電 California Department of Community Services and Development (加州社區服務與發展部) 1-866-675-6623。
- California Lifeline (ULTS) (加州的普濟電話服務計劃):** 提供電話費優惠給類似 CARE 收入標準的低收入消費者。若需更多訊息,請聯繫您的電話服務公司。

若需更多關於 CARE 計劃的諮詢,請致電 THE GAS COMPANY:

英語: 1-800-427-2200

國語: 1-800-427-1429

西班牙語: 1-800-342-4545

韓語: 1-800-427-0471

粵語: 1-800-427-1420

越南語: 1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
42
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 費率折扣申請表

(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

設施 ID: 123 345 7890

日期: 12/01/2007

客戶姓名: JOHN Q PUBLIC

地址: 1801 ATLANTIC BLVD, # 42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 您家庭中的總人數 (包括您本人, 其他成年人和兒童):

住宅電話: - -

2A

所接受的政府協助計劃福利:

請把您或您家人所接受福利的計劃前塗黑 (●), 然後略過 **2B** 直接到 **3**。

- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 低於 65 歲
- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 65 或更大年齡
- WIC (婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)
- Healthy Families Categories A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B)
- Food Stamps (食物券)
- TANF (AFDC) (貧困家庭臨時現金資助計劃)
- LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)

或

如果以上都不是, 請填寫下一個部分 **2B**。

2B

家庭收入: 請跳過這部分內容如果您已經填寫了 **2A** 部分。

第一部分: 如果您沒有參加以上任何計劃, 請把您家庭收入所有來源前面的圓圈塗黑 (●), 並在下方提供的空間內提供您的家庭收入總額:

- 社會安全福利金 (Social Security)
- 退休金
- SSI, SSP, SSDI (社會安全補助金)
- 從以下項目獲取的利息或紅利:
 - 儲蓄賬戶, 退休金
 - 股票或債券
 - 退休賬戶
- 工資或薪金
- 失業救濟金
- 殘疾津貼
- 勞工補償
- 獎學金, 助學金, 或其它用於支付生活費用的助學津貼
- 法律賠償
- 保險賠償
- 配偶支付的贍養費
- 子女贍養費
- 現金或其它收入
- 租金或權利金收入
- 自由業收入 (IRS 1040 表格, Schedule C 表格, 第 29 行)

第二部分: 請按照您的稅前家庭年收入, 把適當項目的圓圈塗黑 (●)

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

如果多於 \$55,700, 請在此處填寫金額: \$, .00 每年

3 聲明: 請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合 CARE 的資格。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。我瞭解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名 X

日期:



20% CARE 할인 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금 신청서

The Gas CompanySM의 캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 자격이 있는 가구의 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 제공합니다.

자격이 있는지 보시려면 아래에 제시된 요건을 검토하십시오. 신청서를 작성하여 제공된 봉투에 넣어 제출하십시오. 귀하께서 작성하고 서명한 신청서를 The Gas Company에서 승인하면, 귀하의 건물 소유주/관리자로부터 CARE 할인을 받게 됩니다. 귀하가 할인을 승인 받았는지에 대해 귀하와 귀하의 건물 소유주/관리자에게 통보될 것입니다.

CARE 할인 수혜 자격을 충족시키는 2 가지 방법이 있습니다:

공공 지원 프로그램:
귀하나 기타 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:
Medi-Cal
Food Stamps (푸드 스탬프)
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC, 여성, 유아 및 아동)
Healthy Families A&B (건강한 가족 유형 A 및 B)
LIHEAP

또는

최대 가구 소득: (2007. 6. 1 부터 2008. 5. 31 까지 유효)	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
추가되는 식구 1인당 추가액	\$7,100

참여 조건

- 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다.
- 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다.
- 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30 일 이내에 The Gas Company에 통보해야 합니다.
- CARE에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

- **DAP** – 저소득 에너지 효율 프로그램인 DAP(직접 보조 프로그램)는 천장 단열, 문 통풍 마개 처리, 코킹 및 경미한 주택 수리와 같은 에너지 절약 주택 개량공사를 무료로 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-331-7593 번으로 문의하십시오.
- **Medical Baseline (의료 저율요금)** – 특정한 의학적 상태에 처한 고객들에게 저렴한 요금으로 추가 할당량의 가스를 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-427-2200 번으로 문의하십시오.
- **LIHEAP** – 저소득 주택 에너지 지원 프로그램인 LIHEAP는 청구금액 지원, 긴급 요금 지원 및 내후 단열 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 캘리포니아 지역사회 서비스 개발부로 문의하십시오.
- **California Lifeline (ULTS, 캘리포니아 라이프라인)** – CARE와 유사한 소득 기준을 충족시키는 고객들을 위한 할인 전화 이용. 자세한 내용은 현지의 전화회사에 문의하십시오.

CARE에 대한 사항은 아래의 THE GAS COMPANY 번호로 문의하십시오:

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

월남어: 1-800-427-0478

청각 장애자(TDD/TYY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
42
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 요금 할인 신청서

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(정확히 처리됨을 보장하기 위해 진한 잉크를 사용하여 인쇄체로 명확히 기재해 주십시오)

설비 ID: 123 345 7890

날짜: 12/01/2007

고객 이름: JOHN Q PUBLIC

주소: 1801 ATLANTIC BLVD, # 42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 귀 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

주택 전화번호: - -

2A 받는 공공 지원 프로그램 혜택:

귀하나 식구 중에서 혜택을 받는 프로그램에 대해서는 동그라미(●) 안을 채우고 **2B** 번을 건너뛰어 직접 **3** 번으로 가십시오.

- 또는
- Medi-Cal: 65 세 미만
 - Food Stamps
 - Healthy Families A&B
 - WIC
 - Medi-Cal: 65 세 이상
 - TANF (AFDC)
 - LIHEAP

위의 프로그램 중 어느 것도 해당되지 않으면, 다음의 **2B** 번을 작성하십시오.

2B 가구 소득: **2A** 번을 작성한 경우 건너뛰십시오.

1 부: 위에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우, 귀 가구의 모든 소득원에 대해 동그라미(●) 안을 채우고 아래에 있는 공란에 총 가구 소득을 기입하십시오:

- 사회보장금
 - 임금 또는 봉급
 - 법적 타협금
 - 연금
 - 실업 혜택
 - 보험 타협금
 - SSI, SSP, SSDI
 - 장애 지원금
 - 배우자 생활비
 - 다음 사항으로부터의 이자나 배당금: 산재보상금
 - 자녀 부양비
 - 예금 구좌, 연금
 - 장학금, 보조금, 또는 다음 사항을 위해
 - 현금 및/또는 기타 소득
 - 주식이나 채권 또는
 - 임대료나 로열티 소득
 - 은퇴 구좌
 - 사용된 기타 보조금 생활비
 - 자영업 수익
- (IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29 행)

2 부: 귀 가구의 공제전 연간 소득 범위에 해당되는 항목의 동그라미(●) 안을 채우십시오.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700
- \$55,700 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, .00

3 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오:

본 신청서에서 제시한 정보가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인은 요청 받을 경우 CARE 수혜 자격 증거자료를 제출하기로 동의하였습니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 The Gas Company 에 통보함에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. The Gas Company 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X

날짜:



ĐƠN XIN GIẢM GIÁ CARE 20%

ĐƠN XIN HƯỞNG MỨC GIÁ NĂNG LƯỢNG THAY THẾ CỦA CALIFORNIA

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của The Gas CompanySM giảm giá 20% trên biên nhận gas hàng tháng cho các hộ gia đình hội đủ điều kiện.

Để biết quý vị có hội đủ điều kiện hay không, xin xem kỹ những yêu cầu được trình bày dưới đây. Xin điền đầy đủ vào đơn và gửi trả lại bằng phong bì được cung cấp sẵn. Khi đơn xin đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị được The Gas Company chấp thuận, quý vị sẽ được giảm giá theo chương trình CARE từ người quản lý/chủ tài sản nơi quý vị sinh sống. Quý vị và người quản lý/chủ tài sản nơi quý vị sinh sống sẽ được thông báo xem quý vị có được chấp thuận cho hưởng giảm giá hay không.

CÓ 2 CÁCH ĐỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIẢM GIÁ THEO CHƯƠNG TRÌNH CARE:

CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG:
Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình của quý vị nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:
Medi-Cal
Phiếu Thực Phẩm (Food Stamps)
TANF(AFDC)
Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Em (Women, Infant & Children hay WIC)
Gia Đình Khỏe Mạnh Loại A&B (Healthy Families Categories A&B)
LIHEAP

HOẶC

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH: (có hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2007 đến 31 tháng Năm, 2008)	
Số Người trong Hộ Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Mỗi người Thêm vào trong Hộ Gia Đình, được cộng thêm	\$7,100

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

- Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình.
- Quý vị phải tái xác nhận sự hội đủ điều kiện của mình theo chương trình CARE khi được yêu cầu
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa.
- Quý vị có thể được yêu cầu thẩm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN:

- **DAP** - Direct Assistance Program, là chương trình tiết kiệm hiệu quả năng lượng cho người có lợi tức thấp giúp sửa chữa miễn phí trong nhà để tiết kiệm năng lượng như gắn cách nhiệt trần nhà, bịt khe cửa, trét chỗ hở và các sửa chữa nhỏ trong nhà. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-331-7593.
- **Medical Baseline (Chương Trình Y Tế Cơ Bản)** – Cung cấp thêm tiêu chuẩn gas được dùng ở mức giá thấp hơn cho các khách hàng đang có bệnh trạng nào đó. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-427-2200.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program (Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Gia Đình cho Người Có Lợi Tức Thấp) giúp trả biên nhận, trợ giúp biên nhận khẩn cấp và các dịch vụ thích nghi với thời tiết. Xin gọi California Department of Community Services and Development (Sở Dịch Vụ Cộng Đồng và Phát Triển California) tại số 1-866-675-6623.
- **California Lifeline (ULTS)** - Giảm giá điện thoại cho các khách hàng hội đủ điều kiện theo hướng dẫn về lợi tức tương tự như chương trình CARE. Để biết thêm thông tin, xin liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ điện thoại địa phương của quý vị.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI CHO THE GAS COMPANY TẠI:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Đại Hàn: 1-800-427-0471

Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
42
MONTEREY PARK CA 91754-5207



Đơn Xin Giảm Giá CARE 20%

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249



(Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ
in để đảm bảo xét duyệt chính xác)

ID của cơ sở: 123 345 7890

Date: 12/01/2007

Tên Khách Hàng: JOHN Q PUBLIC

Địa chỉ: 1801 ATLANTIC BLVD, # 42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

1 Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, người lớn khác, và trẻ em):

Điện Thoại Nhà #: - -

2A Các Trợ Cấp từ các Chương Trình Trợ Giúp Công Cộng (Public Assistance Programs) :
Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) cho bất cứ chương trình nào mà quý vị hay ai đó trong gia đình của quý vị nhận trợ cấp, sau đó BỎ QUA phần **2B** và điền vào phần **3**.

- Medi-Cal: Dưới 65 tuổi
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 tuổi trở lên
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

HOẶC Nếu KHÔNG có mục nào ở trên, hãy điền vào Phần **2B**.

2B Lợi Tức Hộ Gia Đình: Bỏ qua phần này nếu quý vị đã điền vào Phần **2A**.
Phần 1: Nếu quý vị không tham gia vào bất cứ chương trình nào được liệt kê ở trên, xin bôi đen vào vòng tròn (●) cho tất cả các nguồn lợi tức của hộ gia đình quý vị, và cung cấp tổng lợi tức gia đình của quý vị vào các khoảng trống bên dưới:

- An Sinh Xã Hội
- Lương tuần hay lương tháng
- Bồi Thường theo Pháp Luật
- Hưu Bổng
- Trợ Cấp Thất Nghiệp
- Bồi Thường Bảo Hiểm
- SSI, SSP, SSDI
- Trợ Cấp Tàn Phế
- Tiền Nuôi Người Phối Ngẫu
- Lợi Tức hay Cổ Tức từ:
- Bồi Thường Lao Động
- Tiền Nuôi Con Cái
- Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu bổng
- Học Bổng, Tài Trợ hay Trợ Giúp Khác Dùng để trang
- Lợi Tức Tiền Mặt và/hoặc lợi tức khác
- Cổ Phiếu hay Trái Phiếu, hoặc
- trãi Chi Phí Sinh Hoạt
- Lợi Tức Khi Cho Thuê hay Tiền Bản Quyền
- Trương Mục Hưu Trí
- Lợi nhuận khi Làm Việc Tự Do(Mẫu đơn 040, Bản Kê C, dòng 29 của IRS)

Phần 2: Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) mức lợi tức hàng năm của hộ gia đình trước khi khấu trừ.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

Nếu nhiều hơn \$55,700, xin điền tổng số vào đây: \$, .00 mỗi năm

3 **Lời Khai: Xin đọc và ký bên dưới.**

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý sẽ cung cấp bằng cứ về việc hội đủ điều kiện theo chương trình CARE khi được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho The Gas Company biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận. Tôi hiểu rằng The Gas Company có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: **X**

Ngày:

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Recertification CARE Application
Submetered Residential Form No. 6678-B (12/07)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

1H12

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



YOUR RATE DISCOUNT IS EXPIRING

Dear Customer:

Date: MM/DD/YY

You are currently receiving a 20% rate discount on your monthly gas bill through The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program. In order to continue receiving the CARE discount from your property owner/manger, you are required to renew your eligibility within 90 days. To renew, use one of three methods listed below:

1. Return the completed and signed Recertification Form in the envelope provided,

OR

2. Call 1-800-207-8567 anytime 24 hours a day, 7 days a week, and follow the instructions to recertify by phone. Please have your facility ID ready. You can locate your facility ID number at the bottom of this page,

OR

3. Visit our Website www.socalgas.com/CARE/recert and have your facility ID ready.

THERE ARE 2 WAYS TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: <i>(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)</i>	
Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

- You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- You must recertify your application when requested.
- You must notify The Gas CompanySM within 30 days if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your eligibility for CARE.

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANY AT:

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

Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

Facility ID: 123 456 7890

**JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
42
MONTEREY PARK CA 91754-5207**



CARE 20% Rate Discount Recertification Form

(Please use dark ink and print clearly to ensure proper processing)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Facility ID: 123 345 7890

Date: 12/01/2007

Customer Name: JOHN Q PUBLIC

Address: 1801 ATLANTIC BLVD, #42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

- I no longer qualify or wish to participate in CARE. Please remove my account from the CARE program. If you filled in this circle (●), please skip Sections 1 and 2, sign at the bottom, and mail this form in the postage paid envelope provided within 90 days.

1 Total number of persons in your household (including you, other adults, and children):

Home Phone #: - -

2A **Public Assistance Programs Benefits Received:**
If you or someone in your household receives benefits from any of the programs below, please fill in the circle (●), then SKIP **2B** and go directly to **3**.

- Medi-Cal: Under 65 of age
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 or older
- TANF (AFDC)
- LIHEAP

OR

*If NONE of the above, please complete Section **2B**.*

2B **Household Income: Skip if you completed Section **2A**.**
Part 1: If you do not participate in any of the programs listed above, please fill in the circle (●) for all sources of income in your household, and provide your total household income in the spaces provided below:

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

Part 2: Please fill in the circle (●) of your household's income range per year before deductions.

- \$0 - \$29,300
- \$29,301 - \$34,400
- \$34,401 - \$41,500
- \$41,501 - \$48,600
- \$48,601 - \$55,700

If more than \$55,700, enter amount here: \$, .00 per year

3 **Declaration:** Please read and sign below.

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to 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 income qualifying assistance programs.

Signature: X

Date:



SU TARIFA DE DESCUENTO ESTÁ POR VENCER

Apreciable cliente:

Fecha: MM/DD/YY

Actualmente recibe una tarifa de descuento del 20% en su factura mensual de gas a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas CompanySM. Con el fin de continuar recibiendo el descuento CARE del propietario / administrador de su vivienda, debe renovar su derecho a participar dentro de 90 días. Para renovarlo, use uno de los tres métodos que se enumeran a continuación:

1. Devuelva el Formulario de Recertificación debidamente llenado y firmado en el sobre provisto,

O

2. Llame al 1-800-207-8567 cuando usted guste 24 horas al día, 7 días a la semana, y siga las instrucciones para recertificar por teléfono. Por favor tenga listo su número de complejo habitacional (*Facility ID*). Puede localizar el número de complejo habitacional (*Facility ID*) en la parte inferior de esta página,

O

3. Visite nuestro sitio Web www.socalgas.com/CARE/recert y tenga listo el número de complejo habitacional (*Facility ID*).

HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal
Food Stamps
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC)
Healthy Families Categories A&B
LIHEAP

O

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: (en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008)	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añada	\$7,100

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TYY): 1-800-252-0259

Número de complejo habitacional (*Facility ID*): 123 456 7890

JOHN Q PUBLIC
 MOBILE HOME PARK/APARTMENT
 1801 ATLANTIC BLVD # 42
 MONTEREY PARK CA 91754-5207



Formulario de recertificación para la tarifa CARE del 20% de descuento

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(Por favor use tinta oscura y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado)

Número de complejo habitacional no. (*Facility ID*): 123 345 7890

Fecha: 12/01/2007

Nombre del cliente: JOHN Q PUBLIC

Domicilio: 1801 ATLANTIC BLVD, #42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

- Ya no califico o no deseo participar en CARE. Sírvanse retirar mi cuenta del programa CARE. Si rellenó este círculo (●), por favor sáltese las secciones 1 y 2, firme en la parte de abajo, y envíe este formulario en el sobre con porte pagado provisto en un término de 90 días.

1 Número total de personas que viven en su hogar (incluidos usted, otros adultos y niños):

Teléfono de casa: - -

2A **Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública:**
Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo (●), luego SÁLTESE la sección **2B** y pase directamente a la sección **3**.

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------|
| <input type="radio"/> Medi-Cal: menor de 65 años | <input type="radio"/> Food Stamps | <input type="radio"/> Healthy Families A&B | <input type="radio"/> WIC |
| <input type="radio"/> Medi-Cal: 65 años o más | <input type="radio"/> TANF (AFDC) | <input type="radio"/> LIHEAP | |

*Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección **2B**.*

2B **Ingreso en el hogar: Sálteselo si llenó la sección **2A**.**
Parte 1: Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el círculo (●) 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Seguro Social | <input type="radio"/> Salarios o sueldos | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones legales |
| <input type="radio"/> Pensiones | <input type="radio"/> Beneficios de desempleo | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones a seguros |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Pagos de incapacidad | <input type="radio"/> Pensión conyugal |
| Intereses o dividendos de: | <input type="radio"/> Indemnización para los trabajadores | <input type="radio"/> Pensión alimenticia |
| <input type="radio"/> Cuentas de ahorro, pensiones | <input type="radio"/> Becas, subvenciones | <input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="radio"/> Acciones o bonos | <input type="radio"/> u otra ayuda usada | <input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías |
| <input type="radio"/> Cuentas para el retiro | <input type="radio"/> para sufragar el costo de la vida | <input type="radio"/> Utilidades de autoempleo (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS) |

Parte 2: Sírvase rellenar el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Si es más de \$55,700, escriba el monto aquí: \$, .00 al año

3 **Declaración:** Por favor lea y firme abajo.
Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. 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 otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia con requisitos de ingreso.

Firma : X

Fecha:



**您的費率折扣
即將過期**

親愛的客戶:

日期: 月/日/年

您現在正通過The Gas CompanySM (瓦斯公司) 的加州能源優惠率(CARE)計劃, 享受占每月瓦斯(煤氣)帳單 20% 的CARE 折扣優惠。若要繼續享有CARE計劃的折扣, 您需要在 90 天內再認證您仍符合資格。您可以用以下二種方式之一來重新認證你的資格:

1. 填寫好並在重新認證表格 (Certification Form) 上簽名, 用所提供的信封寄回。
或者
2. 訪問網站 www.socalgas.com/CARE/recert, 上網前請準備好您的帳戶號碼。

符合 CARE 折扣的兩種資格:

政府協助計劃:
如果您或您的家人從下列任一計劃中受益
Medi-Cal - 加州醫療輔助計劃
Food Stamps - 食物券
TANF(AFDC) - 貧困家庭臨時現金資助計劃
Women, Infant & Children (WIC) - 婦女, 嬰兒和 兒童營養輔助計劃)
Healthy Families Categories A&B - 健康家庭低費 兒童醫療健保計劃類別 A 及 B
LIHEAP - 低收入家庭能源協助計劃

或

家庭收入最高限額: (有效期 2007 年 6 月 1 日至 2008 年 5 月 31 日)	
家庭成員人數	年收入總額
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
每多一位家庭成員, 增加	\$7,100

參加條件

- 除您配偶外, 您不能是其他人報稅單上的被撫養人。
- 您必須在被要求時, 重新認證您還符合 CARE 資格。
- 如果您已經不再符合該資格, 您必須在 30 天內通知 The Gas Company。
- 您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

若需更多關於 CARE 計劃的諮詢, 請致電 THE GAS COMPANY:

英語: 1-800-427-2200

國語: 1-800-427-1429

西班牙語: 1-800-342-4545

韓語: 1-800-427-0471

粵語: 1-800-427-1420

越南語: 1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

設施 ID: 123 456 7890

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
42
MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 費率折扣資格重新認證表格

(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

設施 ID: 123 345 7890

日期: 12/01/2007

客戶姓名: JOHN Q PUBLIC

地址: 1801 ATLANTIC BLVD, #42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

- 我不再符合或不願再參加 CARE 計劃。請把我的賬戶從 CARE 計劃中取消。如果您將這個圓圈塗黑 (●)，請跳過第一和第二部分的內容，在文件下方簽字，將此表格放在所提供的郵資已付的信封中，在 90 天內寄回。

1 您家庭中的總人數 (包括您本人, 其他成年人和兒童):

住宅電話 #: - -

2A

所接受的政府協助計劃福利:

- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 低於 65 歲 Food Stamps (食物券)
- Medi-Cal (加州醫療輔助計劃): 65 或更大年齡 TANF (AFDC) (貧困家庭臨時現金資助計劃)
- WIC (婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃) LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)
- Healthy Families Categories A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B)

或

如果以上都不是, 請填寫下一個部分 **2B**。

2B

家庭收入: 請跳過這部分內容如果您已經填寫了 **2A** 部分。

第一部分: 如果您沒有參加以上任何計劃, 請把您家庭收入所有來源前面的圓圈塗黑 (●), 並在下方提供的空間內提供您的家庭收入總額:

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 社會安全福利金 (Social Security) | <input type="radio"/> 工資或薪金 | <input type="radio"/> 法律賠償 |
| <input type="radio"/> 退休金 | <input type="radio"/> 失業救濟金 | <input type="radio"/> 保險賠償 |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI (社會安全輔助金) | <input type="radio"/> 殘疾津貼 | <input type="radio"/> 配偶支付的贍養費 |
| 從以下項目獲取的利息或紅利: | <input type="radio"/> 勞工補償 | <input type="radio"/> 子女贍養費 |
| <input type="radio"/> 儲蓄賬戶, 退休金 | <input type="radio"/> 獎學金, 助學金, | <input type="radio"/> 現金或其它收入 |
| <input type="radio"/> 股票或債券 | 或其它用于支付 | <input type="radio"/> 租金或權利金收入 |
| <input type="radio"/> 退休賬戶 | 生活費用的助學津貼 | <input type="radio"/> 自由業收入 (IRS 1040 表格, |
| | | Schedule C 表格, 第 29 行) |

第二部分: 請按照您的稅前家庭年收入, 把適當項目的圓圈塗黑 (●)

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

如果多於 \$55,700, 請在此處填寫金額: \$, .00 每年

3 聲明: 請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合 CARE 的資格。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。我瞭解 The Gas Company 可將有關我的資料提供給其他的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: X

日期:



**귀하의 요금 할인이
종료됩니다**

친애하는 고객님:

날짜: YY년 MM월 DD일

귀하께서는 현재 The Gas CompanySM의 캘리포니아 에너지 대체 요금 (CARE) 프로그램을 통하여 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 받고 계십니다. 귀하의 건물 소유주/관리자로부터 CARE 할인을 계속 받으시려면, 90일 내에 수혜 자격을 갱신하셔야 합니다. 갱신하려면 아래에 나열된 두방법 중 하나를 사용하십시오:

- 작성하여 서명한 증명 양식을 제공된 봉투에 넣어 제출하시거나
또는
- 당사의 웹사이트 www.socalgas.com/CARE/recert 를 방문하고 시설 ID를 준비해두십시오.

CARE 할인 수혜 자격을 충족하는 2 가지 방법이 있습니다:

공공 지원 프로그램:
귀하나 기타 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:
Medi-Cal
Food Stamps (푸드 스탬프)
TANF(AFDC)
Women, Infant & Children (WIC, 여성, 유아 및 아동)
Healthy Families A&B (건강한 가족 유형 A 및 B)
LIHEAP

또는

최대 가구 소득: <i>(2007. 6. 1부터 2008. 5. 31까지 유효)</i>	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
추가되는 식구 1 인당 추가액	\$7,100

참여 조건

- 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다.
- 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다.
- 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30일 이내에 The Gas Company 에 통보해야 합니다.
- CARE 에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

CARE 에 대한 사항은 아래의 THE GAS COMPANY 번호로 문의하십시오:

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 월남어: 1-800-427-0478
 청각 장애인(TDD/TYY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로만 유효함)

설비 ID: 123 456 7890

JOHN Q PUBLIC
 MOBILE HOME PART/APARTMENT
 1801 ATLANTIC BLVD
 # 42
 MONTEREY PARK CA 91754-5207



CARE 20% 요금 할인 재증명 양식

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

(정확히 처리됨을 보장 하기 위해 진한 잉크를 사용하여 인쇄체로 명확히 기재해 주십시오)

설비 ID: 123 345 7890

날짜: 12/01/2007

고객 이름: JOHN Q PUBLIC

주소: 1801 ATLANTIC BLVD, #42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

- 본인은 더 이상 자격이 없거나 CARE 에 참여하기를 원치 않습니다. 본인의 구좌를 CARE 프로그램에서 삭제하십시오. 이 동그라미(●) 안을 채운 경우, 1번 및 2 번을 생략하고 하단에 서명하여 이 양식을 제공된 우송료 선불 봉투에 넣어 90 일 내에 우송하십시오.

1 귀 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

주택 전화번호: - -

2A 받는 공공 지원 프로그램 혜택:

귀하나 식구 중에서 혜택을 받는 프로그램에 대해서는 동그라미(●) 안을 채우고 **2B** 번을 건너뛰어 직접 **3** 번으로 가십시오.

Medi-Cal: 65 세 미만 Food Stamps Healthy Families A&B WIC

또는 Medi-Cal: 65 세 이상

TANF (AFDC)

LIHEAP

위의 프로그램 중 어느 것도 해당되지 않으면, 다음의 **2B** 번을 작성하십시오.

2B 가구 소득: **2A** 번을 작성한 경우 건너뛰십시오.

1 부: 위에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우, 귀 가구의 모든 소득원에 대해 동그라미(●) 안을 채우고 아래에 있는 공란에 총 가구 소득을 기입하십시오:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 사회보장금 | <input type="checkbox"/> 임금 또는 봉급 | <input type="checkbox"/> 법적 타협금 |
| <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 실업 혜택 | <input type="checkbox"/> 보험 타협금 |
| <input type="checkbox"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="checkbox"/> 장애 지원금 | <input type="checkbox"/> 배우자 생활비 |
| 다음 사항으로부터의 이자나 배당금: | <input type="checkbox"/> 산재보상금 | <input type="checkbox"/> 자녀 부양비 |
| <input type="checkbox"/> 예금 구좌, 연금 | <input type="checkbox"/> 장학금, 보조금, | <input type="checkbox"/> 현금 및/또는 기타 소득 |
| <input type="checkbox"/> 주식이나 채권 또는 | 또는 다음 사항을 위해 | <input type="checkbox"/> 임대료나 로열티 소득 |
| <input type="checkbox"/> 은퇴 구좌 | 사용된 기타 보조금 생활비 | <input type="checkbox"/> 자영업 수익 |

(IRS 양식 1040, 스케줄 C, 29 행)

2 부: 귀 가구의 공제전 연간 소득 범위에 해당되는 항목의 동그라미(●) 안을 채우십시오.

\$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

\$55,700 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, .00

3 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오:

본 신청서에서 제시한 정보가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인은 요청 받을 경우 CARE 수혜 자격 증거자료를 제출하기로 동의하였습니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 The Gas Company 에 통보함에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. The Gas Company 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X

날짜:



**CHƯƠNG TRÌNH HƯỞNG
GIẢM GIÁ CỦA QUÝ VỊ
SẮP HẾT HẠN**

Kính Gởi Quý Khách Hàng:

Ngày : MM/DD/YY

Quý vị hiện đang được giảm giá 20% trên biên nhận gas hàng tháng qua chương trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của The Gas CompanySM. Để tiếp tục được giảm giá theo chương trình CARE từ người quản lý/chủ tài sản mà quý vị đang ở, quý vị được yêu cầu phải gia hạn hồ sơ chứng minh sự hội đủ điều kiện của mình trong vòng 90 ngày. Để gia hạn hồ sơ, xin dùng một trong hai cách được liệt kê dưới đây:

1. Gửi trả Mẫu Giấy Chứng Nhận được điền đầy đủ và ký tên trong phong bì được cung cấp sẵn.
HOẶC
2. Vào trang mạng của chúng tôi www.socalgas.com/CARE/recert và chuẩn bị sẵn số ID tại cơ sở của quý vị.

CÓ 2 CÁCH ĐỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIẢM GIÁ THEO CHƯƠNG TRÌNH CARE:

CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG:
Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình của quý vị nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:
Medi-Cal
Phiếu Thực Phẩm (Food Stamps)
TANF(AFDC)
Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Em (Women, Infant & Children hay WIC)
Gia Đình Khỏe Mạnh Loại A&B (Healthy Families Categories A&B)
LIHEAP

HOẶC

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH: <i>(có hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2007 đến 31 tháng Năm, 2008)</i>	
Số Người trong Hộ Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Mỗi người Thêm vào trong Gia Đình, được cộng thêm	\$7,100

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

- Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình.
- Quý vị phải tái xác nhận sự hội đủ điều kiện của mình theo chương trình CARE khi được yêu cầu.
- Quý vị phải thông báo cho The Gas Company trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa.
- Quý vị có thể được yêu cầu thẩm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI CHO THE GAS COMPANY TẠI:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Đại Hàn: 1-800-427-0471

Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TYY): 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)

Số ID của cơ sở : 123 456 7890

JOHN Q PUBLIC
MOBILE HOME PART/APARTMENT
1801 ATLANTIC BLVD
42
MONTEREY PARK CA 91754-5207



Đơn Tái Xác Nhận Xin Hưởng Giảm Giá 20% Theo Chương Trình CARE

(Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ
in để đảm bảo xét duyệt chính xác)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

Số ID của Cơ Sở: 123 345 7890

Ngày: 12/01/2007

Tên Khách hàng: JOHN Q PUBLIC

Địa chỉ: 1801 ATLANTIC BLVD, #42 MONTEREY PARK CA 91754-5207

- Tôi không còn hội đủ điều kiện hoặc không muốn tham gia vào chương trình CARE nữa. Xin rút trương mục của tôi ra khỏi chương trình CARE. Nếu quý vị bôi đen vào vòng tròn (●), xin bỏ qua Phần 1 và 2, **ký tên** ở dưới, và gửi mẫu đơn này vào phong bì được cung cấp sẵn đã trả bưu phí trước trong vòng 90 ngày.

1 Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, người lớn khác, và trẻ em):

Điện Thoại Nhà #: - -

2A Các Trợ Cấp từ các Chương Trình Trợ Giúp Công Cộng (Public Assistance Programs) :

Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) cho bất cứ chương trình nào mà quý vị hay ai đó trong gia đình của quý vị nhận trợ cấp, sau đó BỎ QUA phần **2B** và điền vào phần **3**.

- Medi-Cal: Dưới 65 tuổi Food Stamps Healthy Families A&B WIC
 Medi-Cal: 65 tuổi trở lên TANF (AFDC) LIHEAP

HOẶC Nếu KHÔNG có mục nào ở trên, hãy điền vào Phần **2B**.

Lợi Tức Hộ Gia Đình: Bỏ qua phần này nếu quý vị đã điền vào Phần **2A**.

2B Phần 1: Nếu quý vị không tham gia vào bất cứ chương trình nào được liệt kê ở trên, xin bôi đen vào vòng tròn (●) cho tất cả các nguồn lợi tức của hộ gia đình quý vị, và cung cấp tổng lợi tức gia đình của quý vị vào các khoảng trống bên dưới:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> An Sinh Xã Hội | <input type="radio"/> Lương tuần hay lương tháng | <input type="radio"/> Bồi Thường theo Pháp Luật |
| <input type="radio"/> Hưu Bổng | <input type="radio"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp | <input type="radio"/> Bồi Thường Bảo Hiểm |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI | <input type="radio"/> Trợ Cấp Tàn Phế | <input type="radio"/> Tiền Nuôi Người Phối Ngẫu |
| Lợi Tức hay Cổ Tức từ: | <input type="radio"/> Bồi Thường Lao Động | <input type="radio"/> Tiền Nuôi Con Cái |
| <input type="radio"/> Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu bổng | <input type="radio"/> Học Bổng, Tài Trợ hay Trợ | <input type="radio"/> Lợi Tức Tiền Mặt và/hoặc lợi tức khác |
| <input type="radio"/> Cổ Phiếu hay Trái Phiếu, hoặc | <input type="radio"/> Giúp Khác Dùng để trang | <input type="radio"/> Lợi Tức Khi Cho Thuê hay Tiền Bản Quyền |
| <input type="radio"/> Trương Mục Hưu Trí | <input type="radio"/> trả Chi Phí Sinh Hoạt | <input type="radio"/> Lợi nhuận khi Làm Việc Tự Do(Mẫu đơn 040, Bản Kê C, dòng 29 của IRS) |

Phần 2: Hãy bôi đen vào vòng tròn (●) mức lợi tức hàng năm của hộ gia đình trước khi khấu trừ.

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700

Nếu nhiều hơn \$55,700, xin điền tổng số vào đây: \$, .00 mỗi năm

3 Lời Khai: Xin đọc và ký bên dưới.

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý sẽ cung cấp bằng chứng về việc hội đủ điều kiện theo chương trình CARE khi được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho The Gas Company biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận. Tôi hiểu rằng The Gas Company có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: **X**

Ngày:

APPLICATION FOR CALIFORNIA ALTERNATE RATES
FOR ENERGY PROGRAM - BILL INSERT
Form No. 6491-BI (12/07)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 3775
DECISION NO. 06-12-038

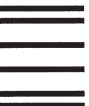
1H9

ISSUED BY

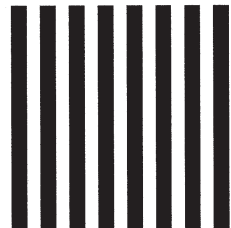
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Sep 24, 2007
EFFECTIVE Oct 24, 2007
RESOLUTION NO. _____



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 Semptra Energy utility®

*More money for your family
Más dinero para su familia*

SAVE 20%
APPLY TODAY!

See inside for program details.

**California Alternate
Rates for Energy**

(CARE) – 20% RATE DISCOUNT
APPLICATION INSIDE

**Tarifas Alternas para
Energía de California**

(CARE) – DESCUENTO DEL 20%
EN SU TARIFA DE GAS NATURAL
SOLICITUD ADENTRO

Dear Customer:

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. Please review the program qualifications on the enclosed application to see if you qualify. If you think you qualify, please 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 CompanySM. If you have any questions about the CARE program, or need assistance filling out the form, please call us at **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 60% en el Cargo por Establecimiento de Servicio, si usted es aprobado antes de 90 días desde el comienzo de su nuevo servicio de gas. 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, favor de llamar al **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:

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

DAP—The Gas Company’s Direct Assistance Program
Provides free energy-saving home improvements. Call **1-800-331-7593**.

Otros programas y servicios para los que puede calificar:

LIHEAP—Programa de Ayuda para la Energía del Hogar para Personas de Bajos Recursos
Provee asistencia para pagar su cuenta, asistencia urgente de su cuenta y servicios de impermeabilización. Llame a LIHEAP al Departamento de Servicios para la Comunidad de California al **1-866-675-6623**.

DAP—Programa de Asistencia Directa de The Gas Company
Provee mejoras al hogar gratis para el ahorro de energía. Llame al **1-800-331-7593**.

There are **TWO** ways to qualify

1

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS

If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:

- Medi-Cal
- Food Stamps
- TANF(AFDC)
- Women, Infant & Children (WIC)
- Healthy Families Categories A&B
- LIHEAP

OR

2

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME

(effective June 1, 2007 to May 31, 2008)

Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Each Additional household member, add	\$7,100

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

- The gas bill must be in your name and the address must be your primary address.
- You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than to your spouse.
- You must recertify your application when requested.
- You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify.
- You may be asked to verify your eligibility for CARE.

Hay **DOS** formas de calificar

1

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

- Medi-Cal
- Food Stamps
- TANF(AFDC)
- Women, Infant & Children (WIC)
- Healthy Families Categories A&B
- LIHEAP

O

2

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:

(en vigor del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008)

Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$29,300
3	\$34,400
4	\$41,500
5	\$48,600
6	\$55,700
Por cada miembro adicional en el hogar, añade	\$7,100

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge.
- Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite.
- Debe notificar a The Gas Company en un término de 30 días si deja de calificar.
- Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

California Alternate Rates for Energy (CARE) Application

Solicitud para el Programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE)

ACCOUNT NUMBER / NÚMERO DE CUENTA: █ █ █ █ - █ █ █ █ - █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ Please provide your account number to expedite processing. / Por favor proporcione su número de cuenta para facilitar procesamiento.

FIRST NAME/NOMBRE: █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ INITIAL/INICIAL: █ █ LAST NAME/APELLIDO: █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █

STREET NUMBER/NÚMERO DE CALLE: █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ STREET NAME/NOMBRE DE CALLE: █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ APARTMENT/APARTAMENTO: █ █ █ █ CITY/CIUDAD: █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █

HOME PHONE/TELÉFONO DE SU CASA: █ █ █ █ - █ █ █ █ - █ █ █ █ █ █ █ █ █ █

1

Total number of persons in your household (including you, other adults, and children): █ █ █ █
 Número total de personas que viven en su hogar (incluidos 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 ●, then SKIP **2B** and go directly to **3**.
 Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo ●, luego SÁLTASE la sección **2B** y pase directamente a la sección **3**.

OR

- Medi-Cal: Under 65 years of age / menor de 65 años
- Food Stamps
- Healthy Families A&B
- WIC
- Medi-Cal: 65 years or older / 65 años o más
- TANF (AFDC)
- 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 ● for all sources of income in your household, and provide 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 círculo ● 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:

- Social Security Seguro Social
- Pensions Pensiones
- SSI, SSP, SSDI
- Interest or Dividends from Intereses o dividendos de:
 - Savings Accounts, Pensions Cuentas de ahorro, pensiones
 - Stocks or Bonds Acciones o bonos
 - Retirement Accounts Cuentas para el retiro
- Wages or Salaries Salarios o sueldos
- Legal Settlements Pagos de reclamaciones legales
- Unemployment Benefits Beneficios de desempleo
- Insurance Settlements Pagos de reclamaciones a seguros
- Disability Payments Pagos de incapacidad
- Spousal Support Pensión conyugal
- Workers Compensation Indemnización para los trabajadores
- Child Support Pensión alimenticia
- Cash and/or other income Dinero en efectivo y/u otros ingresos
- Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida
- Rental or Royalty Income Ingresos por alquiler o regalías
- Profit from Self-Employment, (IRS Form 1040, Schedule C, line 29) Utilidades de autoempleo, (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS)

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

- \$0 - \$29,300 \$29,301 - \$34,400 \$34,401 - \$41,500 \$41,501 - \$48,600 \$48,601 - \$55,700
- If more than \$55,700, enter amount here / Si es más de \$55,700, escriba el monto aquí: \$ █ █ █ █ , █ █ █ █ .00 per year / al año

3

Declaration: Please read and sign below. **Declaración:** Por favor lea y firme abajo. I state that the information I have provided in this application is true and correct. 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 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 otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en programas de asistencia.

SIGNATURE/FIRMA: █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ █ DATE/FECHA: █ █ █ █ / █ █ █ █ / █ █ █ █

TABLE OF CONTENTS

(Continued)

<u>Schedule Number</u>	<u>Title of Sheet</u>	<u>Cal. P.U.C. Sheet No.</u>
GR	Residential Service (Includes GR, GR-C, GRL, GT-R and GT-RL Rates)	42214-G,42184-G,41209-G,39255-G,39144-G
GS	Submetered Multi-Family Service (Includes GS, GS-C, GT-S, GSL, GSL-C and GT-SL Rates)	40471-G,42215-G,41211-G,41212-G 41213-G,41214-G
GM	Multi-Family Service (Includes GM-E, GM-C, GM-EC, GM-CC, GT-ME, GT-MC and all GMB Rates)	41011-G,42216-G,42217-G,41014-G 41015-G,41016-G,41017-G,41018-G
GML	Multi-Family Service, Income Qualified.....	40239-G,42218-G,42219-G 41217-G,41218-G,40244-G,40245-G
G-CARE	California Alternate Rates for Energy (CARE) Program	39257-G,42340-G 42341-G,42342-G,42343-G,41899-G
GO-SSA	Summer Saver Optional Rate for Owners of Existing Gas Equipment	41370-G,42190-G,37655-G,37656-G,31253-G
GTO-SSA	Transportation-Only Summer Saver Optional Rate for Owners of Existing Gas Equipment	38243-G,41372-G,37657-G,36806-G,31258-G
GO-SSB	SummerSaver Optional Rate for Customers Purchasing New or Repairing Inoperable Equip.	41373-G,42191-G,37658-G,37659-G,31263-G
GTO-SSB	Transportation-Only SummerSaver Optional Rate for Customers Purchasing New or Repairing Inoperable Equip.	41375-G,41376-G,37661-G,31583-G,31268-G
GO-AC	Optional Rate for Customers Purchasing New Gas Air Conditioning Equipment (Includes GO-AC and GTO-AC Rates)	42192-G,41378-G 40644-G,40645-G,40646-G
G-NGVR	Natural Gas Service for Home Refueling of Motor Vehicles (Includes G-NGVR, G-NGVRC, GT-NGVR, G-NGVRL and GT-NGVRL Rates)	42220-G,42194-G,41220-G,41221-G

T
T

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3775
 DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Senior Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED Sep 24, 2007
 EFFECTIVE Oct 24, 2007
 RESOLUTION NO. _____

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 For Qualified Agricultural Employee Housing (Form 6632-B, 12/07)	42344-G	T
Application for California Alternate Rates for Energy (CARE) Program For Migrant Farmworker Housing Centers (Form 6635)	40407-G	
Application for California Alternate Rates for Energy (CARE) Program For Qualified Nonprofit Group Living Facilities (Form 6571B)	36230-G	
Application for CARE, General Purpose, Direct Mail (Form 6491-DMB, 12/07)	42345-G	T,D
Self-Certification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6491-B, 12/07)	42346-G	T
Self-Recertification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6674-B, 12/07)	42347-G	T
Self-Mailer CARE Application (Form 6491-2B, 12/07)	42348-G	T
Post-Enrollment Verification CARE Application - Individually Metered Residential (Form 6675-B, 12/07)	42349-G	T
Self-Certification CARE Application - Submetered Residential (Form 6677-B, 12/07)	42350-G	T
Self-Recertification CARE Application - Submetered Residential (Form 6678-B, 12/07)	42351-G	T
Application for CARE, Bill Insert (Form 6491-BI, 12/07)	42352-G	T
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	
Statement of Applicant's Contract Anticipated Cost for Applicant Installation Project, Form 66602	37772-G	
2007 Energy Payment Deferral Program Application (Form 4010)	41660-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. 3775
 DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Senior Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED Sep 24, 2007
 EFFECTIVE Oct 24, 2007
 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	40864-G	
Table of Contents--General and Preliminary Statement	42355-G,42008-G,42059-G	T
Table of Contents--Service Area Maps and Descriptions	41970-G	
Table of Contents--Rate Schedules	42353-G,42229-G,42338-G	T
Table of Contents--List of Cities and Communities Served	40149.1-G	
Table of Contents--List of Contracts and Deviations	40149.1-G	
Table of Contents--Rules	42092-G,41996-G	
Table of Contents--Sample Forms	42354-G,39748-G,41266-G,42011-G,40128-G	T

PRELIMINARY STATEMENT

Part I General Service Information	37917-G,24332-G,24333-G,24334-G,24749-G
Part II Summary of Rates and Charges	42209-G,42210-G,42211-G,42212-G,41354-G,41355-G 42336-G,40232-G,40233-G,41999-G,42181-G,42182-G,41359-G,41360-G
Part III Cost Allocation and Revenue Requirement	27024-G,37920-G,27026-G,27027-G,41361-G
Part IV Income Tax Component of Contributions and Advances	36614-G,24354-G
Part V Balancing Accounts	
Description and Listing of Balancing Accounts	40865-G
Purchased Gas Account (PGA)	40866-G,40867-G
Core Fixed Cost Account (CFCA)	41658-G
Noncore Fixed Cost Account (NFCA)	41659-G
Enhanced Oil Recovery Account (EORA)	40870-G
Noncore Storage Balancing Account (NSBA)	40871-G
California Alternate Rates for Energy Account (CAREA)	40872-G,40873-G
Brokerage Fee Account (BFA)	40874-G
Hazardous Substance Cost Recovery Account (HSCRA)	40875-G, 40876-G,40877-G
Natural Gas Vehicle Account (NGVA)	40878-G,40879-G
El Paso Turned-Back Capacity Balancing Account (EPTCBA)	40880-G
Gas Cost Rewards and Penalties Account (GCRPA)	40881-G
Pension Balancing Account (PBA)	40882-G,40883-G

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)
 ADVICE LETTER NO. 3775
 DECISION NO. 06-12-038

ISSUED BY
Lee Schavrien
 Senior Vice President
 Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)
 DATE FILED Sep 24, 2007
 EFFECTIVE Oct 24, 2007
 RESOLUTION NO. _____