SAMPLE FORMS: APPLICATIONS Sheet 1
Self-Recertification CARE Application
Individually Metered Residential (Form 6674, 06/23) T

(See Attached Form)

Form 6674 CH 06/23

您的費率折扣即將過期

賬戶號碼：

親愛的客戶：　　日期：

您現在正通過 SoCalGas® 的加州能源優惠 (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。您可以使用下列方法之一來重新認證你的資格：

1. 上網站 **myaccount.socalgas.com** 或 **socalgas.com/care**。您的申請將立即受理。
2. 將填妥並且簽名的申請表寄回，或傳真至 **(213) 244-4665**。

符合 CARE 折扣的這些種資格：

公共援助計劃:

您或您的家人參加以下任何援助計劃：

Medicaid / Medi-Cal（加州醫療補助計劃）
家庭 Medi-Cal A 類 及 B 類
WIC - 婦女、嬰兒和兒童營養補助計劃
CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
學前教育班補助金計劃 — 僅限部落
印第安事務局一般援助計劃
CalFresh（糧食券）
全國學童免費午餐計劃 (NSLP)
LIHEAP 低收入家庭能源補助計劃
社會安全補助金 (Supplemental Security Income)

或者

家庭收入最高限額*：
（2023 年 6 月 1 日至 2024 年 5 月 31 日有效）
*目前家庭所有來源的稅前收入總和

家庭成員人數	年收入總額
1–2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
每多一人	增加$10,280

參加條件

1) 瓦斯帳單必須在您的名下並且地址必須為您的主要住宅。2) 除您配偶外，您不能是其他人報稅單上的被撫養人。3) 您必須在被要求時，重新認證您還符合 CARE 資格。4) 如果您已經不再符合該資格，您必須在 30 天內通知 SoCalGas。5) 您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

有關客戶協助的信息：

您可能符合其他客戶協助計畫的資格，這些計畫包括可以幫助您解決帳單、房屋、醫療需求以及逾時未付帳單。您可以在 **socalgas.com/assistance** 上了解更多信息。

English: 1-800-427-2200　　中文: 1-800-427-1429　　한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545　　廣東話: 1-800-427-1420　　Việt: 1-800-427-0478
聽覺障礙專綫 (TDD/TTY)：1-800-252-0259（僅提供英語和西班牙語服務）
傳真(FAX): (213) 244-4665

SoCalGas

CARE 計劃申請或更新
節省 20% 天然氣支出

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249
傳真： 213-244-4665

2023 年 6 月 1 日 – 2024 年 5 月 31 日有效

賬戶/設施號碼：

Meter:

客戶姓名：

客戶地址：

為使您的申請表能夠準確而完整地讀取，請僅使用黑色或藍色墨水，完全塗滿您所選擇的圓圈（●）。
其他方式不得計算在內。

電話：

1 **家庭成人和兒童總人數：** ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 超過6人：

2 **您或您家是否有人參加以下任何援助計劃？**

是（請把圓圈塗黑）

- ○ Medi-Cal: 65 歲以下
- ○ Medi-Cal: 65 歲以上
- ○ 家庭 Medi-Cal A 類 及 B 類
- ○ WIC - 婦女、嬰兒和兒童營養補助計劃
- ○ CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
- ○ 學前教育班補助金計劃 — 僅限部落
- ○ 印第安事務局一般援助計劃
- ○ CalFresh（糧食券）
- ○ 全國學童免費午餐計劃 (NSLP)
- ○ LIHEAP 低收入家庭能源補助計劃
- ○ 社會安全補助金 (Supplemental Security Income)

否：請問您的家庭年收入是多少（稅前，包括家中所有成員）？

- ○ $0 - $39,440
- ○ $39,441 - $49,720
- ○ $49,721 - $60,000
- ○ $60,001 - $70,280
- ○ $70,281 - $80,560
- ○ 若超過 $80,560，請在此輸入金額：$ 每年

請指出您的收入來源：

- ○ 社會安全福利金
- ○ 社會安全補助金 SSP 或 SSDI
- ○ 退休金
- ○ 儲蓄、股票、債券或退休帳戶的利息或紅利
- ○ 工資和/或薪水
- ○ 失業救濟金
- ○ 保險或法律賠償
- ○ 殘疾津貼或勞工補償
- ○ 配偶或子女贍養費
- ○ 獎學金、助學金或其他生活費津貼
- ○ 租金或權利金收入
- ○ 現金，其他收入或自雇者的盈利

☐ 如果您**不**希望加入 CARE 計劃或**不符合**參與資格，請勾選此處。請在表格底部簽名，并郵寄至上述地址。

3 **聲明：請閱讀下文並簽名。**

本人聲明，我在這份申請中提供的資訊和文件都是真實和正確的。如果我已不具備接受折扣的資格，我同意通知 SoCalGas。我瞭解，在不符合資格的情況下接受折扣，我必須退還我所接受的折扣。本人授權 SoCalGas 與其他公用事業公司、加州公用事業委員會 (CPUC) 指定的州機構和實體分享我的資訊，以符合可用能源管理協助、降價和住宅費率計畫的資格。

簽名: X **日期：**

Form 6674 EN 06/23

SoCalGas

YOUR RATE DISCOUNT IS EXPIRING

Account Number:

Dear Customer: Date:

Through the California Alternate Rates for Energy (CARE) program, you are currently receiving a 20 percent discount on your monthly SoCalGas® natural gas bill. In order to continue receiving the CARE discount, you are required to renew your eligibility **within 90 days**. To renew, use one of the methods listed below:

1. Visit **myaccount.socalgas.com** or **socalgas.com/care**. Your request will be processed instantly.
2. Call **1-866-716-3452** anytime, 24 hours a day. Please have your account number ready.
3. Return the completed and signed form by mail or fax to **(213) 244-4665**.

HOW TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:

If you or someone in your household participates in any of these programs:

Medicaid / Medi-Cal
Medi-Cal for Families A&B
Women, Infants, & Children (WIC)
CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
Head Start Income Eligible - Tribal Only
Bureau of Indian Affairs General Assistance
CalFresh (Food Stamps)
National School Lunch Program (NSLP)
Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Supplemental Security Income

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME*:
(effective June 1, 2023 to May 31, 2024)
*current household income from all sources before deductions

Number of Persons in Household	Total Annual Income
1-2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
Each additional person	+$10,280

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 application when requested. 4) You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify. 5) You may be asked to verify your eligibility for CARE.

FOR INFORMATION ON CUSTOMER ASSISTANCE:

You may qualify for other customer assistance programs that could help with your bill, your home, medical needs, and past due bill forgiveness. Learn more at **socalgas.com/assistance**.

English: 1-800-427-2200 中文: 1-800-427-1429 한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545 廣東話: 1-800-427-1420 Việt: 1-800-427-0478
Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)
FAX: (213) 244-4665

SoCalGas

CARE PROGRAM APPLICATION OR RENEWAL

Save 20% off your natural gas bill

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249

FAX: 213-244-4665

Effective June 1, 2023 – May 31, 2024

Meter:

For your application to be read accurately and completely, you must completely fill in the circle (●) next to your selection. Please use black or blue color ink only. Other marks may NOT be counted.

Account/Facility Number:

Customer/Tenant Name:

Customer Address:
Apt/Space #
City, ST ZIP

Phone: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

1 Total adults and children in your household: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 If 6+, how many? ☐

2 Are you (or someone in your household) enrolled in any of the following assistance programs?

YES: (If yes, mark the program(s) of participation):

- ○ Medi-Cal: Under age 65
- ○ Medi-Cal: 65 or older
- ○ Medi-Cal for Families A & B
- ○ Women, Infants, & Children Program (WIC)
- ○ CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- ○ Head Start Income Eligible - Tribal Only
- ○ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ○ CalFresh (Food Stamps)
- ○ National School Lunch Program (NSLP)
- ○ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ○ Supplemental Security Income

NO: If no, what is your yearly household income (before deductions, including all members of the household)?

- ○ $0 - $39,440
- ○ $39,441 - $49,720
- ○ $49,721 - $60,000
- ○ $60,001 - $70,280
- ○ $70,281 - $80,560
- ○ If more than $80,560, enter amount: $ ☐ per year

Please mark your source(s) of income:

- ○ Social Security
- ○ SSP or SSDI
- ○ Pensions
- ○ Interest or dividends from: savings, stocks, bonds, or retirement accounts
- ○ Wages and/or salary
- ○ Unemployment benefits
- ○ Insurance or legal settlements
- ○ Disability or workers compensation payments
- ○ Spousal or child support
- ○ Scholarships, grants, or other aid used for living expenses
- ○ Rental or royalty income
- ○ Cash, other income, or profit from self-employment

☐ Check the box if you **do not** wish to participate or **do not qualify** for the CARE Program. Sign the form at the bottom and return it to the address above.

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 SoCalGas if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I am required to pay back the discount I received. I authorize SoCalGas to share my information in order to remain eligible for available energy management assistance, and price reduction and residential rate programs with other utilities, state agencies and entities designated by the CPUC.

Signature: X ☐ **Date:** ☐

SoCalGas™

귀하의 요금 할인이 종료됩니다

구좌 번호:

친애하는 고객님: 날짜:

귀하께서는 현재 SoCalGas® 의 캘리포니아 에너지 대체 요금 (CARE) 프로그램을 통하여 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 받고 계십니다. CARE 할인을 계속 받으시려면, 90 일 내에 수혜 자격을 갱신하셔야 합니다. 아래에 나열된 3 방법 중 하나를 사용하여 갱신을 하실 수 있습니다.

1. **myaccount.socalgas.com** 또는 **socalgas.com/care**를 방문하십시오. 요청하신 사항을 신속하게 처리해드립니다.
2. 양식을 작성하고 서명한 후 우편 또는 팩스 **(213) 244-4665** 번으로 반송하십시오.

CARE 할인 수혜 자격을 충족시키는 가지 방법이 있습니다:

공공 지원 프로그램:
귀하나 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우: 메디케이드 (Medicaid / Medi-Cal), 건강한 가족 유형 A 및 B (Medi-Cal for Families A&B), 여성, 유아 및 어린이 (WIC), CalWORKs (TANF), 또는 부족 TANF, 헤드 스타트 소득 자격 (Head Start - Income Eligible) (인디언 부족만 해당), 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance), CalFresh (푸드 스탬프), 학교 점심 프로그램 (National School Lunch Program), 저소득 주택 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP), 추가 사회보장 수입 (Supplemental Security Income)

또는

최대 가구 소득*:
(2023. 6. 1 부터 2024. 5. 31 까지 유효)
*세액 공제전 가구의 현재 총소득

가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
각 추가 사용자	+$10,280

참여 조건

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

고객 지원에 대한 정보:

고객께서는 요금 청구서, 집, 의료관련 필요사항 및 기한이 지난 청구서 면제에 도움이 될 수 있는 다른 보조 프로그램 혜택을 받으실 수 도 있습니다. 자세한 정보는 **socalgas.com/assistance** 를 찾아 주십시요.

English: 1-800-427-2200
Español: 1-800-342-4545
中文: 1-800-427-1429
廣東話: 1-800-427-1420
한국어: 1-800-427-0471
Việt: 1-800-427-0478

청각 장애자(TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)
팩스 (FAX): (213) 244-4665

SoCalGas

CARE 프로그램 신청/갱신
가스 요금 20% 할인

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249

팩스: 213-244-4665

2023년 6월 1일부터 2024년 5월 31일까지 유효

계정번호/설비: Meter:

고객 이름:

고객 주소:

전화: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

프로그램 신청서를 정확하게 처리하기 위하여는 선택 항목 옆의 원(●)을 완전히 채워 기입하여야 합니다. 검정색 또는 파랑색 펜을 사용하십시요. 다른 색이나 완전히 채워지지 않은 표시는 입력되지 않을 수 있습니다.

1 총 가구 구성원 수 성인 및 자녀 수 포함: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 6인 이상인 경우 ☐

2 본인은 (또는 가족 중 어느 한 명이) 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

예: ("예"인 경우 참여 프로그램에 표시할 것):

- ○ 메디케이드 (Medi-Cal): 65세 미만
- ○ 메디케이드 (Medi-Cal): 65세 이상
- ○ 건강한 가족 유형 A 및 B (Medi-Cal for Families A&B)
- ○ 여성, 유아 및 어린이 (WIC)
- ○ CalWORKs (TANF) 또는 인디언 부족 TANF
- ○ 헤드 스타트 소득 자격 - 인디언 부족만 해당
- ○ 인디언 업무 일반 보조국 (Bureau of Indian Affairs General Assistance)
- ○ CalFresh (푸드 스탬프)
- ○ 학교 급식 프로그램 (NSLP)
- ○ LIHEAP (저소득자 주택 에너지 지원 프로그램)
- ○ Supplemental Security Income (추가 사회보장 수입)

아니오: "아니오" 인 경우 연간 가계 소득은 얼마나 됩니까 (공제전 모든 가족의 소득 포함)?

- ○ $0 - $39,440
- ○ $39,441 - $49,720
- ○ $49,721 - $60,000
- ○ $60,001 - $70,280
- ○ $70,281- $80,560
- ○ $80,560을 초과하는 경우 여기에 금액을 기입하십시오 $ ☐ 연간.

본인의 소득원에 표시하십시오.

- ○ 사회보장연금
- ○ SSP 또는 SSDI
- ○ 연금
- ○ 예금, 주식, 채권 또는 퇴직 연금의 이자 및 배당금
- ○ 임금 또는 급여
- ○ 실업금여
- ○ 보험금 또는 법적 합의금
- ○ 장애 또는 산재 보상금
- ○ 배우자 또는 자녀 부양비
- ○ 장학금, 수여금 또는 기타 생활 보조금
- ○ 임대 소득 또는 로열티 소득
- ○ 현금, 기타 소득, 및/또는 자영업 수익

☐ 참여하기를 원치 않거나 CARE 프로그램 자격이 안 되는 경우 **확**인란을 선택하십시오. 양식 아래쪽에 서명한 다음 위 주소로 송부하십시오.

3 진술 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본 신청서에 본인이 제공한 정보와 문서는 모두 사실이며 정확한 것임을 밝힙니다. 본인이 더 이상 할인 받을 자격이 없게 될 경우 SoCalGas 에 통보할 것에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우에는 받은 할인액을 환불해야 함을 이해합니다. 본인은 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거 요금 프로그램에 대한 본인의 자격을 유지하기 위해 SoCalGas가 본인의 정보를 다른 유틸리티사, 주정부 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 공유하는 것을 승인합니다.

서명: X ☐ **날짜:** ☐

EL DESCUENTO EN SU TARIFA ESTÁ POR VENCER

Número de cuenta:

Apreciable Cliente: Fecha:

Actualmente recibe un descuento del 20 por ciento en su factura mensual de gas natural a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE), por medio de SoCalGas®. Para continuar recibiendo el descuento de CARE, se requiere que renueve su elegibilidad **dentro de 90 días**. Para renovar, use uno de los métodos que se enumeran a continuación:

1. Visite **myaccount.socalgas.com** o **socalgas.com/careparami**. Su solicitud será procesada de manera instantánea.
2. Llame al **1-866-716-3452** en cualquier momento, las 24 horas del día. Tenga listo su número de cuenta.
3. Devuelva el formulario completo y firmado por correo o por fax al **(213) 244-4665**.

CÓMO CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:

Si usted o alguien que vive en su hogar participa en cualquiera de estos programas:

Medicaid / Medi-Cal
Medi-Cal Para Familias A & B
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)
Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos
CalFresh (Estampillas para Comida)
Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
Programa de Asistencia a Hogares de Ingresos Limitados para Gastos de Energía (LIHEAP)
Ingreso Suplementario del Seguro Social

O

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:
(en vigor del 1 de junio de 2023 al 31 de mayo de 2024)
*ingreso actual en el hogar de todas las fuentes antes de deducciones

Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
Cada persona adicional	+$10,280

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

1) La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. 2) No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge. 3) Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite. 4) Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar. 5) Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ASISTENCIA AL CLIENTE:

Usted puede ser eligible para otros programas de asistencia al cliente que pueden ayudarle con su factura, su hogar, necesidades médicas y perdón de facturas vencidas. Aprenda más en **socalgas.com/asistencia**.

English: 1-800-427-2200 中文: 1-800-427-1429 한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545 廣東話: 1-800-427-1420 Việt: 1-800-427-0478
Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)
FAX: (213) 244-4665

SoCalGas

SOLICITUD O RENOVACIÓN PARA EL PROGRAMA CARE
Ahorre el 20% sobre su factura mensual de gas natural

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249
FAX: 213-244-4665

Vigente a partir del 1ro de junio de 2023 hasta el 31 de mayo de 2024

Número de cuenta/ complejo habitacional:

Meter:

Nombre del cliente/ inquilino:

Dirección del cliente: No. de apto/espacio Ciudad, ZIP

Teléfono: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

Para que su aplicación sea leída de forma precisa y completa, debe llenar completamente el círculo (●) junto a su selección. Utilice únicamente tinta de color negro o azul. Otras marcas NO pueden contarse.

1 Cantidad total de adultos y niños en su hogar: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 Si son más de 6: ☐

2 ¿Usted o alguien de su hogar están inscriptos en alguno de los siguientes programas de asistencia?

SÍ: (Si su respuesta es positiva, rellene los círculos que correspondan)

- ○ Medi-Cal: Menos de 65 años
- ○ Medi-Cal: 65 años o más
- ○ Medi-Cal para familias clase A y B
- ○ Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- ○ CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o TANF Tribal
- ○ Persona con ingresos que califican para el Programa Head Start - Solo Tribal
- ○ Agencia de Asuntos Indígenas, Asistencia General
- ○ CalFresh (cupones para alimentos)
- ○ Programa de Almuerzo "National School Lunch" (NSLP)
- ○ Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- ○ Ingreso Suplementario del Seguro Social

NO: ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducir los impuestos e incluidos todos los miembros del hogar)?

- ○ $0 - $39,440
- ○ $39,441 - $49,720
- ○ $49,721 - $60,000
- ○ $60,001 - $70,280
- ○ $70,281 - $80,560
- ○ En caso de ser más de $80,560, ingrese el monto en dólares aquí: $☐ por año

Marque sus fuentes de ingreso

- ○ Seguro Social
- ○ SSP o SSDI
- ○ Jubilaciones
- ○ Intereses o dividendos de: ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- ○ Salario y/o ingresos
- ○ Beneficios de desempleo
- ○ Seguro o acuerdos legales
- ○ Pagos por discapacidad o compensación al trabajador
- ○ Manutención infantil o conyugal
- ○ Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia
- ○ Ingresos por alquileres o regalías
- ○ Efectivo, otro ingreso o ganancias de trabajo independiente

☐ Marque el cuadro si no desea participar o si no califica para el programa CARE. Firme la solicitud abajo y reenvíela a la dirección en la parte superior.

3 Declaración: Lea y firme abajo.

Declaro que la información que proporcioné en la presente solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar pruebas de elegibilidad para CARE si se me solicitan. Acepto informar a SoCalGas si ya no reúno los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, seré obligado pagar el descuento que recibí. Autorizo a SoCalGas a compartir mi información para seguir siendo elegible a recibir asistencia disponible para la administración de energía, y los programas de reducción de precios y tarifas residenciales con otras empresas de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC.

Firma: X ☐ **Fecha:** ☐

Form 6674 VI 06/23

CHƯƠNG TRÌNH GIẢM GIÁ CỦA QUÝ VỊ SẮP HẾT HẠN

Số Trương Mục:

Kính Gởi Quý Khách Hàng: Ngày:

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

1. Truy cập **myaccount.socalgas.com** hoặc **socalgas.com/care**. Yêu cầu của quý vị sẽ được xét ngay lập tức.
2. Gửi lại mẫu đơn đã điền đầy đủ và ký tên qua bưu điện hoặc fax đến **(213) 244-4665**.

CÁCH 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 gia đình nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:

Medicaid, Medi-Cal,
Gia đình Khỏe mạnh loại A&B,
Chương trình Phụ nữ, Sơ sinh, & Trẻ em (WIC),
CalWORKs (TANF), Bản địa TANF,
Chương trình Mầm non cho người có Lợi tức Hợp lệ (Chỉ dành cho Bản địa),
Bureau of Indian Affairs General Assistance,
CalFresh (_Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm),
Chương trình Toàn quốc ăn Trưa tại Trường (NSLP),
Chương trình Trợ giúp Năng lượng cho Gia đình có Lợi tức Thấp (LIHEAP),
Trợ Giúp An sinh Xã hội (Supplemental Security Icome)

HOẶC

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH*:
(hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2023 đến 31 tháng Năm, 2024)
*tất cả các nguồn lợi tức hiện tại trước khi khấu trừ của gia đình

Số Người trong Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
1-2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
Mỗi người bổ sung	+$10,280

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

1) Quý vị phải là người đứng tên trong biên nhận gas và địa chỉ phải là địa chỉ chính của quý vị. 2) Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình. 3) Quý vị phải tái xác nhận sự hội đủ điều kiện của mình theo chương trình CARE khi được yêu cầu. 4) Quý vị phải thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. 5) Quý vị có thể được yêu cầu thẩm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

ĐỂ BIẾT THÔNG TIN VỀ HỖ TRỢ KHÁCH HÀNG:

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận các chương trình hỗ trợ khách hàng khác có thể trợ giúp về hóa đơn, nhà của quý vị, nhu cầu y tế và việc xóa hóa đơn quá hạn. Tìm hiểu thêm tại **socalgas.com/assistance**.

English: 1-800-427-2200 中文: 1-800-427-1429 한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545 廣東話: 1-800-427-1420 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)
FAX: (213) 244-4665

SoCalGas

ĐƠN XIN HƯỞNG HOẶC GHI DANH LẠI TRONG CHƯƠNG TRÌNH CARE

Tiết kiệm 20% trong hóa đơn tiền gas của quý vị

P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249

FAX: 213-244-4665

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng Sáu, 2023 đến 31 tháng Năm 2024

Số Trương Mục/Cơ Sở:

Meter:

Tên Khách Hàng:

Địa chỉ Khách Hàng:

Để hồ sơ của quý vị được đọc chính xác và đầy đủ, quý vị phải tô đậm vào vòng tròn (●) kế bên sự lựa chọn của quý vị. Vui lòng chỉ sử dụng mực màu đen hoặc màu xanh. Các dấu khác có thể KHÔNG được tính.

Điện Thoại: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

1 Tổng số người lớn và trẻ em trong gia đình: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 Nếu trên 6 người, là bao nhiêu? ☐

2 Quý vị (hay người thân trong gia đình quý vị) có được hưởng chương trình nào sau đây không?

CÓ: (Nếu có, xin ghi (các) chương trình tham dự):

- ○ Medi-Cal: Dưới 65 tuổi
- ○ Medi-Cal: 65 tuổi trở lên
- ○ Medi-Cal A&B cho Gia Đình
- ○ Chương Trình Dinh Dưỡng cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC)
- ○ CalWORKs (TANF) hoặc TANF của Bộ Lạc
- ○ Chương Trình Head Start Cho Những Người Hội Đủ Điều Kiện Về Lợi Tức - Chỉ Dành cho Bộ Lạc
- ○ Trợ Cấp Tổng Quát của Phòng Sự Vụ Người Mỹ Da Đỏ
- ○ CalFresh (Food Stamps)
- ○ Chương Trình Trợ Giúp Của Quốc Gia Về Ăn Trưa Tại Trường (NSLP)
- ○ Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
- ○ Tiền Phụ Cấp An Sinh (Supplemental Security Income)

KHÔNG: Nếu không, lợi tức hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu (trước khi trừ thuế, cộng chung của tất cả mọi người trong gia đình)?

- ○ $0 – $39,440
- ○ $39,441 – $49,720
- ○ $49,721 – $60,000
- ○ $60,001 – $70,280
- ○ $70,281 – $80,560
- ○ Nếu trên $80,560 , xin ghi số tiền $ ☐ mỗi năm.

Xin tô đậm vào nguồn lợi tức của quý vị:

- ○ Phụ Cấp An Sinh
- ○ SSP or SSDI
- ○ Tiền Hưu Bổng
- ○ Tiền lời hoặc tiền lãi cổ phần từ trương mục tiết kiệm, cổ phần, công khố phiếu hay hưu trí
- ○ Tiền lương
- ○ Tiền thất nghiệp
- ○ Bồi thường của bảo hiểm hoặc Bồi thường pháp lý
- ○ Trợ cấp khuyết tật hay tiền bồi thường tai nạn lao động
- ○ Cấp dưỡng cho người phối ngẫu hoặc cấp dưỡng con
- ○ Học bổng, tài trợ, hoặc trợ cấp khác để trang trải chi phí sinh sống
- ○ Lợi tức nhà cho thuê hay bản quyền
- ○ Tiền mặt, thu nhập khác, hoặc lợi nhuận từ công việc tự làm chủ

☐ Đánh dấu vào ô vuông nếu quý vị **không** muốn hoặc **không đủ điều kiện** hưởng Chương Trình CARE. Ký tên vào bên dưới của đơn và gởi đến địa chỉ ghi phía trên.

3 Xác Nhận Lời Khai: Xin đọc và ký tên vào bên dưới.

Tôi xác nhận rằng những chi tiết tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về điều kiện hợp lệ được hưởng CARE nếu có yêu cầu. Tôi đồng ý báo cho SoCalGas biết nếu tôi không còn đủ điều kiện để được giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá mà không đủ điều kiện, tôi phải trả lại số tiền giảm giá đã nhận. Tôi ủy quyền cho SoCalGas chia sẻ thông tin của tôi với các công ty tiện ích khác, các cơ quan chính phủ và các tổ chức được chỉ định bởi CPUC để tôi tiếp tục đủ tiêu chuẩn cho các chương trình trợ giúp quản lý năng lượng, giảm giá, và biểu giá cho cư dân.

Ký tên: X ☐ **Ngày:** ☐