

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS  
Post-Enrollment Verification CARE Application  
Individually Metered Residential (Form 6675, 06/15)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 4797  
DECISION NO.

107

ISSUED BY

**Lee Schavrien**  
Senior Vice President

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED May 1, 2015  
EFFECTIVE Jun 1, 2015  
RESOLUTION NO. E-3524



A Sempra Energy utility

**IMMEDIATE REPLY  
NEEDED**

Dear Customer,

You are currently receiving a 20 percent discount on your monthly gas bill through the California Alternate Rates for Energy (CARE) program. Your household has been selected by SoCalGas® for verification of eligibility. To continue receiving this discount, please return the completed and signed form including required document(s) in the envelope provided, or by fax, within 90 days. If you do not reply or are found ineligible, you will 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:

Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal for Families A&B (Monthly Premium Statement), Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF), 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 (SSI)

**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:

<b>If you receive:</b>	<b>Acceptable Documents</b>
<b>Wages, salary, tips, commissions</b>	Two most recent consecutive pay stubs, or W2, or IRS 1040 form
<b>Social Security, SSI, SSDI, Pensions, Disability Payments, Workers Compensation, Unemployment Benefits</b>	Statements of Benefits, or Copy of the Check, or Bank Statements showing the deposits, or IRS Form 1040, or IRS Form 1099
<b>Profit from self-employment</b>	IRS Form 1040, <b>plus</b> Schedule C
<b>Rental income, royalty income</b>	IRS Form 1040, <b>plus</b> Schedule E for rental income
<b>Interest or dividends from savings accounts, retirement accounts, stocks, bonds</b>	IRS Form 1040, or IRS Form 1099(s).
<b>Insurance, legal settlements</b>	Settlement documents
<b>Child and/or spousal support</b>	Court documents, or copy of the check
<b>School grants, scholarships, or other aid</b>	Award letters, or two most recent consecutive pay stubs, or copy of the check
<b>None of the sources above</b>	A statement explaining the sources of income used to support your household

**FOR INFORMATION ON CARE, CALL SOCALGAS AT:**

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 (only available in English and Spanish)

Fax: 1-213-244-4665



A Sempra Energy utility

**CARE ELIGIBILITY VERIFICATION**

**Documents Required**

Please print clearly and use dark ink

Mailing Address:  
CARE Program  
P.O. Box 3249, GT19A1  
Los Angeles, CA 90051-1249

1-800-427-2200  
Fax: 213-244-4665  
Meter : Residential

Customer/Tenant Name  
(as it appears on your bill):

Home Address:

Account/Facility Number:

Telephone: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( ) ( )       Home     Cell

← Fill in the circle only if you **no longer** qualify or **do not** wish to participate in the CARE program and **sign** the Declaration.

Name of Each Household Member (including you)	Adult/Child <input checked="" type="checkbox"/>	Receives Assistance <input checked="" type="checkbox"/>	Receives Income <input checked="" type="checkbox"/>	Source(s) of Income or Assistance (e.g.: salary, pension, CalFresh, etc.)	Annual Income Before Taxes (If your household does not participate in any of the assistance programs from List 1)
«Customer_Name»	✓				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Total number of people living in your household: ( ) ( )

Adults: ( ) ( ) Children (under 18): ( ) ( )

Total Household Income = \$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**Include this form, sign below, and return it along with copies of official verification documents for every household member receiving income or public assistance in the envelope provided.**

**Declaration:** I state that the information and documents I have provided in this application are true and correct. I agree to inform Southern California Gas Company (SoCalGas®) 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 SoCalGas can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs.

Signature:  \_\_\_\_\_ Date: ( ) ( ) / ( ) ( ) / ( ) ( )

FOR SOCALGAS USE ONLY:

1 = CE     2 = INCOME     3 = BOTH  
BLANK = INCOMPLETE      : \$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      HH: ( ) ( )      INITIALS: ( ) ( )



A Sempra Energy utility

**SE NECESITA  
RESPUESTA INMEDIATA**

Estimado cliente:

Actualmente usted recibe un descuento del 20 por ciento en su factura de gas mensual a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE). SoCalGas® seleccionó su hogar para realizar una verificación de elegibilidad. Para continuar recibiendo este descuento, envíe el formulario lleno y firmado, incluido(s) el/los documento(s) requerido(s) en el sobre que se adjunta o por fax, dentro de un plazo de 90 días. Si no responde o se lo califica inelegible, recibirá las facturas corregidas.

**Documentos requeridos:** Solo debe proporcionar copias del / de los documento(s) de la lista **1 Ó 2** (no ambas).

**Lista 1)** Si usted u otra persona en su hogar recibe asistencia social, **envíe la documentación que pruebe la participación** en cualquiera de los siguientes programas:

Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal para familiar clase A&B (resumen de cuota mensual), Mujeres, Infantes y Niños (WIC), CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF), 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 Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)

**O BIEN**

**Lista 2)** Si ningún miembro de su hogar participa en ninguno de los programas que se mencionan arriba, **envíe copias de los ingresos de cada miembro del hogar que reciba ingresos o ayuda.** El cuadro de abajo enumera las fuentes de ingresos y la documentación requerida:

<b>Si usted recibe:</b>	<b>Documentación aceptable</b>
<b>Sueldos, salarios, propinas, comisiones</b>	Los dos talones de pago consecutivos más recientes o W2 o formulario IRS 1040
<b>Seguridad Social, SSI, SSDI, pensiones, pagos por discapacidad, indemnización laboral, beneficios de desempleo</b>	Resúmenes de beneficios o copia de cheque o resúmenes bancarios que muestren los depósitos o formulario IRS 1040 o formulario IRS 1099
<b>Ganancias como trabajador autónomo</b>	Formulario IRS 1040, <b>más</b> Anexo C
<b>Ingreso por alquiler, ingreso por regalías</b>	Formulario IRS 1040, <b>más</b> Anexo E para ingreso por alquiler
<b>Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, cuentas de jubilación, acciones, bonos</b>	Formulario IRS 1040 o Formulario IRS 1099(s).
<b>Seguro, acuerdos legales</b>	Documentación de acuerdo
<b>Manutención infantil y/o conyugal</b>	Documentos judiciales o copia de cheque
<b>Asignaciones escolares, becas u otro tipo de ayuda</b>	Carta de concesión o los dos talones de pago consecutivos más recientes o copia de cheque
<b>Ninguna de las fuentes de arriba</b>	Una declaración que explique las fuentes de ingreso que se usan para mantener el hogar

**PARA INFORMACIÓN SOBRE CARE, COMUNÍQUESE CON SOCALGAS AL:**

English: 1-800-427-2200

中文: 1-800-427-1429

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

廣東話: 1800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

Personas con discapacidad auditiva (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (solo disponible en inglés y español)

Fax: 1-213-244-4665



A Sempra Energy utility

**VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD CARE**

**Documentación requerida**

Rellene con letra clara y use tinta oscura

Domicilio postal:  
Programa CARE  
P.O. Box 3249, GT19A1  
Los Angeles, CA 90051-1249

1-800-427-2200  
Fax: 213-244-4665  
Meter: Residential

Nombre de cliente/inquilino  
(como aparece en su factura)

Dirección de la casa:

Número de cuenta/  
complejo habitacional:

Teléfono: ( ) - -       Casa     Celular

← Rellene el círculo solo si usted **ya no** califica o **no** desea participar en el programa CARE y **firmar** la Declaración.

Nombre de cada miembro del hogar (incluido usted)	Adulto/niño <input checked="" type="checkbox"/>	Recibe asistencia <input checked="" type="checkbox"/>	Recibe ingreso <input checked="" type="checkbox"/>	Fuente(s) de ingreso o asistencia (por ejemplo: salario, pensión, CalFresh, etc.)	Ingresos anuales antes de los impuestos (Si su hogar no participa en ninguno de los programas de asistencia de la Lista 1)
«Customer_Name»	✓				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Cantidad total de personas que viven en su hogar

Adultos:  Niños (menores de 18 años):

Ingreso total del hogar = \$

**Incluya este formulario, firme abajo y envíelo junto con copias de la documentación de verificación oficial de cada miembro del hogar que reciba ingreso o asistencia social en el sobre que se adjunta.**

**Declaración:** Declaro que la información y la documentación que suministré en esta aplicación son veraces y correctos. Me comprometo a informar a Southern California Gas Company (SoCalGas®) si ya no califico para recibir este descuento. Entiendo que de recibir el descuento sin ser apto para él, se me puede exigir pagar el descuento que recibí. Entiendo que SoCalGas puede compartir mi información con otros servicios o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma:       Fecha:  /  /

PARA USO EXCLUSIVO DE SOCALGAS:

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

親愛的客戶：

您目前正在透過加州能源優惠 (CARE) 計劃得到每月 20% 的瓦斯費折扣。您的家庭已被 SoCalGas® 選中，需要接受資格驗證。為繼續享有折扣，請在 90 天內將表格填妥簽名並附上所需文件，以內附信封寄回或傳真。如果您不回覆或被發現資格不符，會收到更正的帳單。

**需提供的文件：**您只需提供**第 1 或第 2 類**文件副本（無須兩類都提供）

**第 1 類)** 如果您或您家有人領取公共援助，請提供**參加**以下任何計劃的**證明文件**：

Medicaid 或 Medi-Cal（加州醫療補助計劃）、家庭 Medi-Cal A 類及 B 類（每月保費明細表）、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 (SSI)

**或**

**第 2 類)** 如果您家沒有人參加上述任何計劃，請提供家中**每一位有收入或津貼者的收入證明文件副本**。

下表列出各種收入來源及需提供的文件：

如果您收到：	可以接受的文件：
工資、薪水、小費、佣金	最近兩張連續的薪資條或 W2 憑單，或 IRS 1040 稅表
社會安全福利金 (Social Security)、社會安全補助金 (SSI)、退休金、殘疾津貼、勞工補償、失業救濟金	福利發放明細或支票影本，或顯示存款的銀行帳戶明細，或 IRS 1040 稅表或 1099 憑單
自僱者盈利	IRS 1040 稅表，另附 Schedule C
租金收入、權利金收入	IRS 1040 稅表，租金收入需另附 Schedule E
儲蓄帳戶、退休帳戶、股票或債券的利息或紅利	IRS 1040 稅表或 1099 憑單。
保險、法律賠償	和解理賠文件
子女和/或配偶贍養費	法庭文件或支票影本
助學金、獎學金或其他津貼	津貼發放函或最近兩張連續的付款存根，或支票影本
其他收入來源	出具一份聲明，解釋用於支持家用的其他收入來源

**如需有關 CARE 的資訊，請致電 SOCALGAS：**

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

聽障專線 (TDD/TTY)：1-800-252-0259（僅提供英語和西班牙語服務）

傳真：1-213-244-4665



친애하는 고객님

귀하께서는 캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램을 통하여 월별 가스 요금에 대해 20% CARE 할인을 받고 계십니다. 귀 가구는 SoCalGas® 에 의해 수혜 자격 확인 대상으로 선정되었습니다. 이 할인을 계속 받으시려면 양식을 작성하고 서명한 후 제공된 봉투에 구비 서류와 함께 동봉하여 90일 이내에 우편 또는 팩스로 제출하십시오. 회신하지 않거나 자격이 없는 것으로 판단되면 할인이 적용되지 않은 조정된 요금 청구서가 발송됩니다.

**구비 서류:** 목록 1 또는 2 (두 목록 모두가 아닌)의 문서 사본을 제출하면 됩니다.

**목록 1)** 귀하나 기타 식구가 공적 부조 혜택을 받는 경우 다음 중 해당 프로그램에 대한 **참여를 입증하는 자료를 보내주십시오.**

메디케이드(Medicaid), Medi-Cal, 건강한 가족 유형 A 및 B(Medi-Cal for Families A&B)(월 보험료 명세서), 여성, 유아 및 어린이(Women, Infants and Children WIC), CalWORKs (TANF), 부족 TANF, 헤드 스타트 소득 자격(Head Start Income Eligible - 부족만 해당), 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance), CalFresh(푸드 스탬프), 학교 급식 프로그램(National School Lunch Program, NSLP), 저소득 주택 에너지 지원 프로그램(Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP), 추가 사회보장 수입(Supplemental Security Income, SSI)

**또는**

**목록 2)** 식구 중 아무도 위에 언급된 어느 프로그램에도 참여하지 않는 경우 **소득이 있거나 보조금을 받는 모든 가구 구성원에 대한 소득 서류 사본을 보내십시오.** 아래 표는 소득원과 구비 서류를 나열합니다.

받는 소득:	인정되는 문서
임금, 봉급, 팁, 커미션	최근 2회 연속 급여 명세서 또는 W2 또는 IRS 1040 양식
사회보장금, SSI, SSDI, 연금, 장애 지원금, 산재보상금, 실업수당	혜택 내역서 또는 수표 사본 또는 잔고증명 은행 내역서 또는 IRS 양식 1040 또는 IRS 양식 1099
자영업 수익	IRS 양식 1040 및 스케줄 C
임대 소득, 로열티 소득	IRS 양식 1040 및 임대 소득에 대한 스케줄 E
예금 계좌, 퇴직금 적립 계좌, 주식, 채권의 이자 및 배당금	IRS 양식 1040 또는 IRS 양식 1099
보험, 법적 합의금	합의 문서
자녀 및/또는 배우자 생활비	법원 문서 또는 수표 사본
학교 보조금, 장학금 또는 기타 보조금	수여 서신 또는 최근 2회 연속 급여 명세서 또는 수표 사본
위의 소득원에 해당되지 않는 경우	가족 부양을 위해 사용된 소득 원천 징수 내역서

**CARE에 대한 사항은 아래 SOCALGAS로 문의하십시오.**

영어: 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

청각 장애인(TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로만 지원 가능)

팩스: 1-213-244-4665





A Sempra Energy utility

**CARE 재등록 신청**

**구비 서류**

진한 펜을 사용하여 인쇄체로 정확하게 기재할 것

Mailing Address:  
CARE Program  
P.O. Box 3249, GT19A1  
Los Angeles, CA 90051-1249

1-800-427-2200  
Fax: 213-244-4665  
Meter: Residential

고객/임차인 이름  
(청구서에 기재된 사항과 동일):

집주소:

계정/설비 번호:

전화: ( ) - -       자택       휴대폰

←본인은 더 이상 자격이 없거나 프로그램에 참여하기를 원치 않으므로 신고서에 서명하는 바입니다.

각 가구 구성원 이름 (귀하 포함)	성인/어린이 <input checked="" type="checkbox"/>	공적 부조금 수령 여부 <input checked="" type="checkbox"/>	소득 유무 <input checked="" type="checkbox"/>	소득원이나 공적 부조금 출처 (예: 급여, 연금, CalFresh(푸드 스탬프) 등)	세금 공제전 연소득 (목록 1에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우)
«Customer_Name»	✓				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

총 가구 구성원 수:   

성인:    어린이 (18세 미만):   

총 가계  
소득 = \$   

아래에 서명한 다음 소득이 있거나 공적 부조금을 받는 모든 가구 구성원에 대한 공식 증빙서류 사본을 이 양식과 함께 봉투에 동봉하여 반송합니다.

**진술:** 본 신청서에서 본인이 제공한 정보와 문서는 모두 사실이며 정확함을 진술합니다. 본인이 더 이상 할인 받을 자격이 없게 될 경우 SoCalGas®에 통보할 것에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야할 수도 있다는 것을 이해합니다. SoCalGas에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: **X**      날짜:   /   /

Kính Gởi Quý Khách Hàng,

Quý vị hiện đang được giảm giá 20 phần trăm trên hóa đơn tiền gas hàng tháng qua chương trình Giảm Tiền Trong Hóa Đơn Năng Lượng của California (CARE). Gia đình của quý vị được SoCalGas® chọn để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện. Để tiếp tục được giảm giá trong chương trình này, xin gửi lại đơn đã điền đầy đủ và có chữ ký trong phong bì đã có sẵn đồng thời kèm theo (những) giấy tờ yêu cầu cần nộp, hoặc fax, trong vòng 90 ngày. Nếu quý vị không hồi đáp hoặc xét thấy không còn hội đủ điều kiện nữa, quý vị sẽ nhận được hóa đơn điều chỉnh số tiền chênh lệch phải trả.

**Những Giấy Tờ Cần Nộp:** Quý vị chỉ cần nộp bản sao của (những) giấy tờ liệt kê trong phần **1 HOẶC 2** (không phải cả hai).

**Phần 1)** Nếu quý vị hay một người khác trong gia đình quý vị hưởng trợ cấp xã hội, **xin gửi giấy tờ xác nhận được hưởng** bất cứ chương trình nào sau đây:

Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal A&B cho Gia Đình (Hóa Đơn Đóng Tiền Bảo Hiểm Hàng Tháng), Chương Trình Dinh Dưỡng Cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh, & Trẻ Em (WIC), CalWORKs (TANF), 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 (SSI)

## HOẶC

**Phần 2)** Nếu gia đình quý vị không có ai được hưởng bất cứ chương trình nào nêu trên, **xin gửi bản sao giấy tờ về lợi tức của mọi người trong gia đình có lợi tức hoặc trợ cấp.** Phần dưới đây liệt kê nguồn lợi tức và những giấy tờ yêu cầu nộp:

Nếu quý vị có:	Giấy Tờ Được Chấp Nhận
Lương tuần, lương tháng, tiền tips, tiền hoa hồng	Hai cuống phiếu tiền lương liên tục gần đây nhất, hoặc W2, hay đơn khai thuế 1040 nộp cho IRS
Phụ Cấp An Sinh, SSI, SSDI, Tiền Hưu, Tiền Tàn Tật, Tiền Bồi Thường Tai Nạn Lao Động, Tiền Thất Nghiệp	Thư Xác Nhận Được Hưởng Tiền, hoặc Bản Sao Chi Phiếu Nhận Tiền, hay Giấy Báo Cáo Hàng Tháng của Ngân Hàng về khoản tiền chuyển vào trương mục, hoặc Mẫu Thuế 1040 IRS, hoặc Mẫu Đơn 1099 IRS
Tiền lời do công việc tự làm chủ	Mẫu Thuế 1040 IRS, <b>cùng với</b> Bản Liệt Kê (Schedule) C
Lợi tức nhà cho thuê, lợi tức bản quyền	Mẫu Thuế 1040 IRS, <b>cùng với</b> Bản Liệt Kê (Schedule) E
Tiền lời hoặc tiền lãi cổ phần từ trương mục tiết kiệm, trương mục hưu trí, cổ phần, công khổ phiếu	Mẫu Thuế 1040 IRS, hoặc (các) Mẫu 1099 IRS.
Bồi thường của bảo hiểm, bồi thường pháp lý	Giấy tờ thỏa thuận sự bồi thường
Cấp dưỡng con và/hoặc người phối ngẫu	Giấy tờ của tòa, hoặc bản sao chi phiếu
Học bổng, tài trợ, hoặc trợ cấp khác	Thư cấp tiền, hoặc hai cuống phiếu tiền lương liên tục gần đây nhất, hay bản sao chi phiếu
Không có nguồn lợi tức nào nêu trên	Viết giấy giải thích quý vị dùng nguồn tiền nào để chi phí cho gia đình

### MUỐN BIẾT THÊM CHI TIẾT VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI CHO SOCALGAS:

Tiếng Anh: 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

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

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

Fax: 1-213-244-4665



A Sempra Energy utility

**XÁC MINH TÌNH TRẠNG HỘI ĐỦ ĐIỀU  
KIẾN HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH CARE**

**Đơn Cần Thiết**

Xin viết rõ ràng và dùng bút màu đậm

Địa Chỉ Gửi Thư:  
CARE Program  
P.O. Box 3249, GT19A1  
Los Angeles, CA 90051-1249

1-800-427-2200  
Số Fax: 213-244-4665  
Meter: Residential

Tên Khách Hàng/Người Thuê Nhà  
(giống như trong hóa đơn của quý vị):

Địa Chỉ Nhà:

Số Trương Mục/Cơ Sở:

Số Điện Thoại: ( ) - -       Nhà     Cell

**←Chỉ tô kín vào ô tròn nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện hoặc không muốn hưởng chương trình CARE và ký tên vào phần Xác Nhận Lờ Khai.**

Tên của Mỗi Người Trong Gia Đình (kể cả quý vị)	Người Lớn/Trẻ Em <input checked="" type="checkbox"/>	Có Trợ Cấp <input checked="" type="checkbox"/>	Có Lợi Tức <input checked="" type="checkbox"/>	(Các) Nguồn Lợi Tức hoặc Trợ Cấp (thí dụ như: tiền lương, tiền hưu, CalFresh, v.v.)	Lợi Tức Hàng Năm Trước Khi Trừ Thuế (Nếu quý vị không được hưởng bất cứ chương trình trợ cấp xã hội)
	✓				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Số người ở chung trong gia đình quý vị:

Người Lớn:  Trẻ Em (dưới 18 tuổi):

Tổng Cộng Lợi Tức  
Của Gia Đình = \$

**Gởi lại đơn này, có chữ ký bên dưới, và kèm theo bản sao những giấy tờ xác minh chính thức của mỗi người trong gia đình có lợi tức hoặc nhận trợ cấp xã hội trong phong bì có sẵn.**

**Xác Nhận Lờ Khai:** Tôi xác nhận rằng những chi tiết khai trong đơn này và giấy tờ kèm theo là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý báo cho Southern California Gas Company (SoCalGas®) biết nếu tôi không còn đủ điều kiện để được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá mà không đủ điều kiện, tôi có thể phải hoàn trả lại số tiền giảm giá đã nhận. Tôi hiểu rằng SoCalGas có thể chia sẻ thông tin của tôi với các công ty dịch vụ tiện ích khác hoặc người đại diện để ghi danh cho tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Ký Tên:  Ngày:  /  /

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO SOCALGAS:

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

INC: \$

HH:

INITIALS: