

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Individually Metered Residential (Form 6491, 06/23)

Sheet 1

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 6135
DECISION NO. 12-08-044

ISSUED BY

Dan Skopec
Sr Vice President Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

SUBMITTED May 1, 2023
EFFECTIVE Jun 1, 2023
RESOLUTION NO. E-3524

طلب الاشتراك للحصول على خصم 20% من برنامج CARE

يقدم برنامج أسعار كاليفورنيا البديلة للطاقة (CARE) لعملائه المستحقين في شركة غاز جنوب كاليفورنيا SoCalGas® خصم مقداره 20% على فواتير الغاز الطبيعي الشهرية. يطبق هذا الخصم على الفواتير الشهرية الصادرة بعد موافقة شركة SoCalGas على الطلب.

يُرجى تقديم الطلب بعد تعبئته عن طريق استخدام واحدة من الطرق المدرجة أدناه:

- (1) زيارة موقع: myaccount.socialgas.com أو socialgas.com/CARE. سوف يتم معالجة طلبك في الحال.
- (2) اتصل على الرقم 866-716-3452 في أي وقت على مدار 24 ساعة في اليوم. الرجاء تجهيز رقم الحساب.
- (3) إعادة النموذج بعد تعبئته وتوقيعه عن طريق البريد أو الفاكس على 244-4665 (213).

هناك طريقتين للتأهل للبرنامج:

الدخل الأقصى للأسرة	
أبتداءً من 1 يونيو، 2023 إلى 31 مايو، 2024	
\$39,440	1-2
\$49,720	3
\$60,000	4
\$70,280	5
\$80,560	6
\$90,840	7
\$101,120	8

كل شخص إضافي \$10,280
*الدخل الحالي للأسرة من كافة المصادر قبل الاستقطاعات

← أو →

برامج المساعدة
هل أنت (أو أي فرد في أسرتك) مسجل في أي من برامج المساعدة التالية؟
ميدي-كال/ميدي كيد
برنامج ميدي-كال للعائلات أ & ب
النساء والرضع والأطفال (WIC)
برنامج كال وركس (TANF) أو TANF القبلي
برنامج المستحقين للدخل الأولي - للقبائل فقط
برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية
برنامج كال فريش (قسائم الغذاء)
برنامج التغذية المدرسية الوطني (NSLP)
برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)
دخل الضمان الاجتماعي التكميلي
*يشمل برنامج الرعاية للانتقال إلى العمل

شروط الاشتراك:

(1) يجب أن تستوفي متطلبات التأهيل المدرجة في الجدول أعلاه. (2) يجب أن تكون فاتورة الغاز الطبيعي باسمك وأن يكون العنوان المدرج بها هو عنوانك الرئيسي. (3) يجب أن لا تكون مسجل في ضريبة الدخل على أنك معال من قبل شخص آخر غير الزوج أو الزوجة. (4) عليك القيام بإعادة تصديق طلبك عندما يُطلب منك ذلك. (5) يجب عليك إخطار شركة SoCalGas في غضون 30 يومًا إذا لم تعد مستحقًا. (6) قد يُطلب منك التحقق من أهليتك للحصول على CARE.

فيما يلي البرامج والخدمات الأخرى التي يمكن أن تتأهل لها:

socialgas.com/Improvements 1-800-331-7593	Energy Savings Assistance Program	برنامج المساعدة لمنزلك تتلقى تحسينات تساعد علي توفير الطاقة في المنزل من متعهدين معتمدين مجازًا	
برنامج المساعدة في فواتير الهاتف خط الحياة ب كاليفورنيا California Lifeline خدمات هاتفية مخفضة للعملاء المؤهلين لمزيد من المعلومات californialifeline.com	برنامج المساعدة في الفواتير برنامج المساعدة في الطاقة للأسر منخفضة الدخل هو برنامج للمساعدة في دفع الفواتير وخدمات حماية المباني من الظروف الجوية 1-866-675-6623	برنامج المساعدة في الاحتياجات الطبية البديل الطبي الأساسي يقدم البرنامج كمية غاز طبيعي إضافية بأقل سعر أساسي إذا كنت تعاني من حالة صحية خطيرة	
	خطة إدارة المتأخرات تقدم هذه الخطة إعفاء العملاء من الفواتير التي تجاوزت موعد السداد 1-800-427-2200 socialgas.com/Forgiveness	socialgas.com/Medical 1-866-431-3517	

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

لضعاف السمع (الصم والبكم) 1-800-252-0259 (متاح باللغتين الإنجليزية والأسبانية فقط)

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

الفاكس: (213) 244-4665

طلب الاشتراك للحصول على خصم 20% من برنامج CARE

يُرجى استخدام الحبر الأزرق الداكن أو الأسود فقط

يُرجى تعبئة الطلب وإعادته إلينا عن طريق البريد أو الفاكس أو تعبئته عن طريق الإنترنت على هذا الرابط socialgas.com/CARE.

يُرسَل البريد على العنوان التالي: SoCalGas CARE Program, P.O.Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 أو عن طريق الفاكس: (213) 244-4665

رقم الحساب

الرجاء كتابة أول 10 أرقام من رقم الحساب.

أسم العميل (الاسم الأول والأخير كما هو ظاهر في فاتورتك)

رقم المنزل/المكان

العنوان

الهاتف الرئيسي

المدينة

1

إجمالي عدد الأفراد في الأسرة (بمن فيهم أنت، والأشخاص البالغين الآخرين، والأطفال):

1 2 3 4 5 6 إذا كان العدد أكثر من 6:

2

هل أنت (أو أي فرد في أسرتك) مسجل في أي من برامج المساعدة التالية؟

- نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تظليل الدائرة (الدوائر) ●)
- ميد-ي-كال/ميد-ي-كيد: تحت سن 65 سنة
- ميد-ي-كال/ميد-ي-كيد: 65 سنة أو أكبر
- برنامج ميد-ي-كال للعائلات آفب
- برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)
- برنامج كال وركس (TANF) أو TANF القبلي
- برنامج المستحقين للدخل الأولي - للقبائل فقط
- برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية
- برنامج كال فريش (قسائم الغذاء)
- برنامج التغذية المدرسية الوطني (NSLP)
- برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)
- دخل الضمان الاجتماعي التكميلي
- لا (إذا كانت الإجابة لا، فما هو دخل أسرتك السنوي قبل الاستقطاعات، بما في ذلك كل أفراد أسرتك؟)
- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- إذا كان الدخل أكثر من \$80,560 دولار، أدخل القيمة بالدولار هنا
- دولار \$ ، .00 في السنة.
- يُرجى وضع إشارة أمام مصدر دخلك
- ضمان اجتماعي
- دخل ضمان اجتماعي تكميلي أو تأمين الضمان الاجتماعي ضد العجز
- معاشات
- فوائد أو أرباح من حسابات التوفير أو الأسهم أو السندات أو حسابات التقاعد
- أجور أو مرتبات
- إعانات البطالة
- تأمين أو تسوية قانونية
- مدفوعات إعاقة أو تعويضات للعاملين
- نفقة للزوجة أو الطفل
- منح دراسية، أو منح، أو مساعدات أخرى مستخدمة في تغطية نفقات المعيشة
- دخل أو إتاوات من الإيجار
- أموال نقدية، مصدر دخل آخر، أو أرباح من عمل خاص

3

إقرار، يرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه.

أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة. أوافق على تقديم إثبات أحقيتي في الاستفادة من برنامج CARE إن طلب مني ذلك. أوافق على إخطار شركة غاز جنوب كاليفورنيا (SoCalGas) في غضون 30 يوماً إذا لم أعد مستحقاً لتلقي الخصم. أدرك إذا تلقيت خصماً بدون استحقاق له، أن عليّ أن أرد الخصم الذي تلقيته. أخول شركة غاز جنوب كاليفورنيا (SoCalGas) مشاركة معلوماتي لكي أوصل استحقاقني في برامج الإعانات الخاصة بإدارة الطاقة المتوفرة، الخصم على الأسعار، أو سعر الطاقة الخاص السكني لدى المرافق الأخرى، أو مؤسسات الولاية أو الكيانات التي تحددها (CPUC).

التاريخ: / /

التوقيع:

حقوق النشر ©2023 لدى شركة جنوب كاليفورنيا للغاز. العلامات التجارية هي ملك لأصحابها. جميع الحقوق محفوظة.

Source Code: 9B
Form 6491 ARA Meter: Residential

برنامج CARE ممول من قبل عملاء مؤسسة كاليفورنيا العامة وتديره شركة غاز جنوب كاليفورنيا تحت رعاية لجنة المرافق العامة في ولاية كاليفورنيا. تخصص أموال البرنامج بحسب أولوية تقديم الطلب حتى نفاذ المبالغ المخصصة لذلك. يجوز تعديل هذا البرنامج أو إنهاؤه دون إخطار مسبق.

20% ՁԵՂՁԻ CARE ԴԻՄՈՒՄ

«California Alternate Rates for Energy» (Կալիֆորնիայի այլընտրանքային սակագներ էլեկտրաէներգիայի համար) (CARE) ծրագիրը SoCalGas®-ի իրավունակ հաճախորդներին բնական գազի իրենց ամսական վարձավճարի 20% զեղչ է առաջարկում: Այս զեղչը կկիրառվի ամսական վարձավճարի համար՝ սկսած այն ամսաթվից, երբ դիմումը հաստատվի SoCalGas-ի կողմից:

Խնդրում ենք լրացված դիմում ներկայացնել՝ օգտագործելով ստորև նշված ձևերից մեկը.

- 1) Այցելեք myaccount.socalgas.com կամ socalgas.com/CARE: Ձեր խնդրանքն անմիջապես կմշակվի:
- 2) Չանգահարեք 1-866-716-3452 ցանկացած պահի, օրը 24 ժամ: Ձեռքի տակ ունեցեք ձեր հաշվի համարը:
- 3) Լրացված և ստորագրված ձևը վերադարձրեք փոստով կամ \$աքսով՝ (213) 244-4665 համարին:

Որակավորման ԵՐԿՈՒ Եղանակ կա.

Աջակցության ծրագրեր

Եթե դուք կամ ձեր տնային տնտեսության մեկ այլ անդամ մասնակցում եք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկին՝

- Medi-Cal/Medicaid
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants կամ Children (WIC)
- CalWORKs (TANF)¹ or Tribal TANF
- Head Start Income Eligible (միայն tribal)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- CalFresh (սննդային կտրոններ)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Ապահովության լրացուցիչ եկամուտ

¹Ներառում է Welfare-To-Work



Տնային տնտեսության առավելագույն եկամուտը

ուժի մեջ է 2023թ. հունիսի 1-ից մինչև 2024թ. մայիսի 31-ը

<p>Տնային տնտեսության անդամների քանակը</p>	1-2	\$39,440	<p>Ընդհանուր տարեկան եկամուտ*</p>
	3	\$49,720	
	4	\$60,000	
	5	\$70,280	
	6	\$80,560	
	7	\$90,840	
	8	\$101,120	

Յուրաքանչյուր լրացուցիչ անձի համար +\$10,280
 *Ներառում է տնային տնտեսության ներկայիս անդամների եկամուտը բոլոր աղբյուրներից՝ նախքան պահումները:

Մասնակցության պայմանները.

1) Դուք պետք է բավարարեք վերոնշյալ աղյուսակի որակավորման պահանջները: 2) Բնական գազի հաշիվը պետք է լինի ձեր անունով, իսկ հասցեն՝ ձեր հիմնական հասցեն: 3) Դուք չպետք է ձեր կնոջից/ամուսնուց բացի մեկ այլ անձի եկամտահարկի հայտարարագրում հայտարարված լինեք որպես խնամյալ: 4) Դուք պետք է կրկին վկայագրեք ձեր դիմումը, երբ պահանջվի: 5) Դուք պետք է SoCalGas-ին 30 օրվա ընթացքում ծանուցեք, եթե այլևս չեք համապատասխանում պահանջներին: 6) Ձեզ կարող են խնդրել հաստատել CARE-ի ձեր իրավունակությունը:

Այլ ծրագրեր և ծառայություններ, որոնց համար կարող եք որակավորվել.

<p>Օգնություն ձեր տան համար Էներգիայի տնտեսության բարելավումներ լիազորված տեղական կապալառուներից՝ առանց ծախսերի</p>	<p>Energy Savings Assistance Program</p>	<p>socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593</p>
<p>Օգնություն բժշկական կարիքների համար Նախնական արժեքով բժշկական փոխհատուցում ծրագիրն առաջարկում է լրացուցիչ բնական գազ՝ ամենացածր բազային դրույթաչափով՝ համապատասխան բժշկական պայմանների համար: socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	<p>Օգնություն ձեր վճարների հետ կապված Ցածր եկամուտ ունեցողների տան Էներգիայի աջակցություն Կոմունալ վճարումների աջակցության և ջերմամեկուսացման ծառայություններ 1-866-675-6623 Ապառքի կառավարման ծրագիր Ժամկետանց հաշիվների ներում որակավորված հաճախորդներին socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200</p>	<p>Օգնություն ձեր հեռախոսի վճարների հետ կապված California Lifeline Ձեզ ված հեռախոսային ծառայություններ իրավունակ հաճախորդների համար 3 ավելյալ տեղեկությունները՝ californialifeline.com կայքում</p>

Անգլերեն: 1-800-427-2200 한국어: 1-800-427-0471 中文: 1-800-427-1429
 廣東話: 1-800-427-1420 Español: 1-800-342-4545 Viêt: 1-800-427-0478
 \$ԱՔՍ՝ (213) 244-4665 Նորդյան խանգարումներ ունեցողների համար (TDD/TTY)՝ 1-800-252-0259
 (մատչելի է միայն անգլերենով և իսպաներենով)

20% ԶԵՂՉԻ CARE ԴԻՄՈՒՄ

Խնդրում ենք օգտագործել միայն մուգ կապույտ կամ սև թանաքով գրիչ

Խնդրում ենք այս դիմումը լրացնել և վերադարձնել փոստով, ֆաքսով կամ դիմել առցանց՝ socialgas.com/CARE:
Փոստով՝ SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 կամ **Ֆաքսով**՝ (213) 244-4665

ՀԱՇՎԻ ՀԱՄԱՐԸ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ ԶԵՐ ՀԱՇՎԻ ՀԱՄԱՐԻ ԱՌԱՋԻՆ 10 ԹՎԵՐԸ:

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԱՆՈՒՄԸ (ԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ԱԶԳԱՆՈՒՄՆ ԱՅՆՊԵՏ, ԻՆՉՊԵՏ ԳՐՎԱԾ Է ԶԵՐ ՎԱՐՁԱՎՃԱՐԻ ՀԱՇՎՈՒՄ)

ՀԱՍՑԵ

ԲՆԱԿ./ՏԱՐԱՃՔ #

ՔԱՂԱՔ

ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐ

1

Զեր տան անդամների ընդհանուր թիվը (ներառյալ դուք, այլ չափահասներ և երեխաներ)՝

1 2 3 4 5 6 Եթե 6-ից ավելի է՝

2

Դուք (կամ ձեր տան անդամներից որևէ մեկը) անդամագրված եք աջակցության հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկում:

- ԱՅՈ (եթե այո, խնդրում ենք լրացնել շրջանակ(ներ)ի մեջ ●)
 - Medi-Cal/Medicaid՝ 65 տարեկանից ցածր
 - Medi-Cal/Medicaid՝ 65 տարեկանից կամ ավելի
 - Medi-Cal for Families A&B
 - Women, Infants and Children Program (WIC)
 - CalWORKs (TANF) կամ Tribal TANF
 - Head Start Income Eligible - միայն Tribal
 - Bureau of Indian Affairs General Assistance
 - CalFresh (աննդային կտրոններ)
 - National School Lunch Program (NSLP)
 - Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
 - Ապահովության լրացուցիչ եկամուտ
 - ՈՉ (եթե ոչ, ապա որքա՞ն է ձեր ընտանիքի տարեկան եկամուտը մինչև պահումները, ներառյալ տնային տնտեսության բոլոր անդամները:)
 - \$0 - \$39,440
 - \$39,441 - \$49,720
 - \$49,721 - \$60,000
 - \$60,001 - \$70,280
 - \$70,281 - \$80,560
 - Եթե \$80,560-ից ավելի է, դուրային գումարի չափը մուտքագրեք այստեղ՝
 \$, .00 տարեկան:
- Խնդրում ենք նշել ձեր եկամտի աղբյուրները
- Սոցիալական անվտանգություն
 - SSP կամ SSDI
 - Կենսաթոշակներ
 - Խնայողությունների, բաժնետոմսերի, պարտատոմսերի կամ կենսաթոշակային հաշիվների տոկոսադրույքներ կամ շահաբաժիններ
 - Աշխատավարձեր
 - Գործազրկության նպաստներ
 - Ապահովագրություն կամ օրինական վճարումներ
 - Հաշմանդամության կամ աշխատողների փոխհատուցման վճարումներ
 - Ամուսնու (կնոջ) կամ երեխայի աջակցություն
 - Կրթաթոշակներ, դրամաշնորհներ կամ այլ աջակցություն, որն օգտագործվում է ապրուստի ծախսերի համար
 - Վարձի կամ արտոնագրային իրավունքի եկամուտ
 - Կանխիկ, այլ եկամուտ կամ շահույթ ինքնազբաղվածությունից

3

Հայտարարագիր. Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել ստորև:
Ես հաստատում եմ, որ այս դիմումում տրամադրված տվյալները ճշմարիտ և ճշգրիտ են: Ես համաձայն եմ CARE իրավունակության ապացույց տրամադրել, եթե պահանջվի: Ես համաձայն եմ Հարավային Կալիֆորնիայի գազամատակարար ընկերությանը (SoCalGas) 30 օրվա ընթացքում տեղեկացնել, եթե ես այլևս զեղչից օգտվելու իրավունք չունենամ: Ես հասկանում եմ, որ եթե զեղչից օգտվեմ առանց դրա իրավունք ունենալու, ինձնից կպահանջվի հետ վճարել այն զեղչը, որն ստացել եմ: Ես լիազորում եմ SoCalGas-ին կիսվել իմ տեղեկություններով՝ իրավասու մնալու համար Եներգիայի կառավարման մատչելի աջակցության, գների իջեցման և բնակության համար նախատեսված սակագների ծրագրերի համար այլ կոմունալ ծառայությունների, նահանգային գործակալությունների և CPUC-ի կողմից նշանակված կազմակերպությունների հետ:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ / /

© 2023 Հարավային Կալիֆորնիայի գազամատակարար ընկերություն: Ապրանքանիշերը իրենց համապատասխան տերերի սեփականությունն են: Բոլոր իրավունքները վերապահված են:
CARE ծրագիրը ֆինանսավորվում է Կալիֆորնիայի կենցաղապասարկման հիմնարկների հաճախորդների կողմից և կառավարվում է Հարավային Կալիֆորնիայի գազամատակարար ընկերության կողմից՝ Կալիֆորնիայի Հանրային Կենցաղապասարկման հիմնարկների հանձնաժողովի հովանավորությամբ: Ծրագրի ֆինանսական միջոցները կհատկացվեն առաջին գալու, առաջինը ծառայություն ստանալու հիմքով, մինչև որ նման ֆինանսական միջոցներն այլևս մատչելի չլինեն: Այս ծրագիրը կարող է փոփոխվել կամ ավարտվել՝ առանց նախնական ծանուցման:
Source Code: 9B
Ձև 6491 ARM Չափող սարք՝ Բնակելի

20% 折扣 CARE 申請

加州能源優惠 (CARE) 計劃為符合資格的 SoCalGas® 客戶提供每月天然氣帳單 20% 折扣。折扣適用於申請經過 SoCalGas 核准的日期之後每月帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請：

- 1) 造訪 myaccount.socalgas.com 或 socalgas.com/CARE。您的申請會得到立即處理。
- 2) 隨時撥打 24 小時全天候電話 1-866-716-3452。請準備好帳號。
- 3) 透過郵寄或傳真 (號碼 213-244-4665) 方式發回填妥並簽名的表單。

有兩種方式獲取資格：

援助計劃	← 或者 →	家庭總收入
如果您或者您家庭中的另一成員從以下計劃中的任意一項獲益：		2023 年 6 月 1 日至 2024 年 5 月 31 日有效
Medi-Cal/Medicaid		1-2 \$39,440
A 和 B 類家庭 Medi-Cal		3 \$49,720
婦孺兒童營養補助計劃 (WIC)		4 \$60,000
CalWORKs (TANF) ¹ / 部落 TANF		5 \$70,280
學前教育班補助金計劃 — 僅限部落		6 \$80,560
印第安事務局一般協助計劃		7 \$90,840
CalFresh (食物券)		8 \$101,120
全國學童午餐計劃 (NSLP)		
低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)		
社會安全補助金		
¹ 包括 Welfare-To-Work		

家庭成員數量

總年收入*

每多一名成員則增加 \$10,280 美元

*扣減前所有來源的當前家庭收入。

參與條件：

1) 您必須滿足上表中的資格要求。2) 天然氣帳單必須在您的名下，地址必須是您的主要地址。3) 您不得聲明為除您配偶之外其他人的所得稅申報表的受援助者。4) 您必須在需要時重新認證您的申請。5) 如果您不再符合資格，您必須在 30 天之內通知 SoCalGas。6) 您可能被要求確認您的 CARE 參與資格。

您可能符合資格參與的計劃和服務：

 家居援助 透過授權的當地承包商免費改進節能家居	Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593	
 醫療援助 醫療基礎優惠 對於符合條件的醫療狀況，能以最低的基線費率獲取額外的天然氣 socalgas.com/Medical 1-866-431-3517	帳單援助 低收入家庭能源協助 能源帳單援助和防寒保暖服務 1-866-675-6623 欠費管理計劃 可為符合資格的住宅 CARE 客戶提供逾期帳單寬限 socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200	 電話援助 California Lifeline 為符合資格的客戶提供電話服務折扣 如需更多資訊，請造訪 californialifeline.com

English : 1-800-427-2200
廣東話 : 1-800-427-1420
傳真 : (213) 244-4665

한국어 : 1-800-427-0471
Español : 1-800-342-4545
聽障專線(TDD/TTY) : 1-800-252-0259 (僅限英語和西班牙語)

中文 : 1-800-427-1429
Việt : 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



20% 折扣 CARE 申請

請只使用深藍或黑色墨水筆

請填妥這份申請並透過郵寄或傳真方式發回，或造訪 socalgas.com/CARE 線上申請。

郵寄地址：SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249，傳真號碼：(213) 244-4665

帳號

請提供您帳號的前 10 位數字。

客戶姓名（帳單上顯示的姓名）

地址

公寓/空間號碼

城市

主要電話號碼

1 家庭成員總數（包括您自己及其他成人和兒童）：

- 1 2 3 4 5 6 如果超過 6 人：

2 您（或您的家人）是否已登記參加以下任何援助計劃？

- 是（如果「是」，請畫實心圓圈●）
- Medi-Cal/Medicaid: 65 歲以下
 - Medi-Cal/Medicaid: 65 歲（含）以上
 - A 和 B 類家庭 Medi-Cal
 - 婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)
 - CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
 - 學前教育班補助金計劃 - 僅限部落
 - 印第安事務局一般協助計劃
 - CalFresh (食物券)
 - 全國學童午餐計劃 (NSLP)
 - 低收入家庭能源補助計劃 (LIHEAP)
 - 社會安全補助金
- 否 (如果「否」，扣減前家庭年收入是多少（包括所有 家庭成員？）)
- \$0 - \$39,440
 - \$39,441 - \$49,720
 - \$49,721 - \$60,000
 - \$60,001 - \$70,280
 - \$70,281 - \$80,560
 - 如果超過 \$80,560，在此輸入美元金額
\$, .00 /年。

請選擇收入來源

- 社會保障
- SSP 或 SSDI
- 養老金
- 儲蓄、股票、債券或退休帳戶利息或股息
- 工資和/或薪金
- 失業津貼
- 保險或法律賠償
- 殘障或工人補償金
- 配偶贍養費或子女撫養費
- 獎學金、補助或其他生活費援助
- 租金或版稅收入
- 現金、其他收入或自僱所得

3 宣告 請閱讀以下內容並簽名。

本人申明，本人在此申請中提供的資訊真實正確。本人同意，應要求提供 CARE 資格證明。本人同意，如果不再符合折扣優惠資格，則在 30 天之內通知 SoCalGas。本人瞭解，如果獲得折扣而不符合資格，本人需要退還所獲折扣。我授權，SoCalGas 可與其他公用事業公司、州機構和 CPUC 指定之實體分享我的資訊，以便持續有資格 與能源管理援助、降價和住宅費率計畫。

簽名：

日期： / /







20% DISCOUNT CARE APPLICATION

The California Alternate Rates for Energy (CARE) program offers eligible SoCalGas® customers a 20% discount on their monthly natural gas bill. The discount will be applied to the monthly bill following the date that the application is approved by SoCalGas.

Please submit a completed application by using one of the methods listed below:

- 1) Visit myaccount.socalgas.com or socalgas.com/CARE. Your request will be processed promptly.
- 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.

There are TWO ways to qualify:

Assistance programs	← OR →	Maximum household income																				
<p>If you or another person in your household participates in any of these programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal for Families A&B Women, Infants & Children (WIC) CalWORKs (TANF)¹ 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 Supplemental Security Income <p><small>¹Includes Welfare-To-Work</small></p>		<p>effective June 1, 2023 to May 31, 2024</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="8" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  Number of persons in household </td> <td style="text-align: center;">1-2</td> <td style="text-align: right;">\$39,440</td> <td rowspan="8" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  Total annual income* </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: right;">\$49,720</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: right;">\$60,000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">\$70,280</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: right;">\$80,560</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: right;">\$90,840</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: right;">\$101,120</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Each additional person +\$10,280</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>*Current household income from all sources before deductions.</small></td> </tr> </table>	 Number of persons in household	1-2	\$39,440	 Total annual income*	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120	Each additional person +\$10,280		<small>*Current household income from all sources before deductions.</small>	
 Number of persons in household	1-2	\$39,440		 Total annual income*																		
	3	\$49,720																				
	4	\$60,000																				
	5	\$70,280																				
	6	\$80,560																				
	7	\$90,840																				
	8	\$101,120																				
	Each additional person +\$10,280		<small>*Current household income from all sources before deductions.</small>																			

Conditions for participation:

1) You must meet the qualification requirements in the table above. 2) The natural gas bill must be in your name and the address must be your primary address. 3) You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse. 4) You must recertify your application when requested. 5) You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify. 6) You may be asked to verify your eligibility for CARE.

Other programs and services you may qualify for:

	<p>Help for your home Energy-saving home improvements from authorized local contractors at no cost</p>	<p>Energy Savings Assistance Program</p>	<p>socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593</p>
	<p>Help for medical needs Medical Baseline Allowance Program offers additional natural gas at the lowest baseline rate for those with qualifying medical conditions. socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	<p>Help with your bill Low Income Home Energy Assistance Utility bill assistance and weatherization services 1-866-675-6623 Arrearage Management Plan Past due bill forgiveness for qualified customers socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200</p>	<p>Help with your phone California Lifeline Discounted telephone services for eligible customers Learn more at californialifeline.com</p>

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
FAX: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545
Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

中文: 1-800-427-1429
Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200




20% تخفیف درخواست CARE

برنامه California Alternate Rates for Energy (نرخ های جایگزین انرژی کالیفرنیا (CARE) بیست درصد تخفیف برای قبض ماهانه گاز برای مشتریان واجد شرایط SoCalGas® در نظر گرفته است. قبض ماهانه گاز ارز روز بعد از تأیید شدن درخواست به وسیله SoCalGas مشمول این تخفیف خواهد شد.

درخواست پر شده را به یکی از روش های زیر به ما تحویل دهید:

- 1) مراجعه به myaccount.socalgas.com یا socalgas.com/CARE. درخواست شما بلافاصله پردازش می شود.
- 2) در هر زمان و 24 ساعت شبانه روز با شماره 1-866-716-3452 تماس بگیرید. شماره حساب خود را در دسترس نگه دارید.
- 3) فرم پر شده و امضا شده را از طریق پست یا نمابر به 244-4665 (213) بازگردانید.

دو راه برای واجد شرایط بودن وجود دارد:

حداکثر درآمد خانوار	
قابل اجرا از 1 ژوئن 2023 تا 31 مه 2024	
 کل درآمد سالانه	\$39,440 1-2
	\$49,720 3
	\$60,000 4
	\$70,280 5
	\$80,560 6
	\$90,840 7
\$101,120 8	
تعداد افراد خانوار	

هر نفر اضافه \$10,280 + دلار
*درآمد فعلی خانوار از همه منابع قبل از کسورات

یا

برنامه های کمک عمومی
اگر شما یا هر یک از اعضای خانوار شما از مزایای هر یک از برنامه های زیر استفاده می کند
Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal for Families A&B
زنان، نوزادان و کودکان (WIC)
قبیله ای TANF / TANF (TANF) / CalWORKs
واجد شرایط درآمد Head Start (فقط قبیله ای)
کمک عمومی اداره امور سرخپوستان
CalFresh (کوپن غذا)
National School Lunch Program (NSLP)
برنامه کمک به انرژی ویژه خانوارهای کم درآمد (LIHEAP)
درآمد تأمین تکمیلی
آشامل رفاه به کار است

شرایط مشارکت:

1) شما باید الزامات صلاحیت مندرج در جدول بالا را برآورده کنید. 2) قبض گاز طبیعی باید به نام شما باشد و آدرس مدرج در آن باید آدرس اصلی شما باشد. 3) نام شما نباید به عنوان فرد تحت تکفل در گزارش مالیات بر درآمد شخصی دیگری غیر از همسران ذکر شده باشد. 4) در صورت نیاز باید درخواست خود را دوباره تأیید کنید. 5) اگر دیگر واجد شرایط نباشید، باید موضوع را ظرف 30 روز از تاریخ سلب صلاحیت به SoCalGas اطلاع دهید. 6) ممکن است از شما خواسته شود که صلاحیت خود را برای بهره مندی از CARE راستی آزمایی کنید.

سایر برنامه ها و خدماتی که ممکن است واجد شرایط آنها باشید:

socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593	Energy Savings Assistance Program	کمک ویژه منزل شما خدمات بهسازی منزل با هدف کاهش مصرف انرژی به صورت رایگان از طرف پیمانکاران محلی مجاز	
کمک ویژه تلفن California Lifeline خدمات تلفن با تخفیف برای مشتریان واجد شرایط در californialifeline.com بیشتر بیاموزید	کمک ویژه قبض همگانی کمک انرژی منزل ویژه افراد کم درآمد کمک هزینه قبض و خدمات عایق بندی 1-866-675-6623	کمک ویژه نیازهای پزشکی کمک خط پایه پزشکی گاز طبیعی اضافی به کمترین نرخ خط پایه برای وضعیت های پزشکی واجد شرایط socalgas.com/Medical 1-866-431-3517	
	طرح مدیریت مبلغ پس افتاده بخشودگی صورتحساب به مشتریان واجد شرایط ارائه می دهد 1-800-427-2200 socalgas.com/Forgiveness		

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

کم شنوایی (TDD/TTY) 1-800-252-0259 (فقط به زبان انگلیسی و اسپانیایی موجود است)

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

فکس: 244-4665 (213)



socalgas.com

1 (800) 427-2200



20% تخفیف درخواست CARE

لطفاً فقط از خودکار آبی تیره یا مشکی استفاده کنید

این درخواست را پس از پر کردن از طریق پست، نمابر یا اینترنت به نشانی socialgas.com/CARE به ما تحویل دهید.

ایمیل به: SoCalGas CARE Program, P.O.Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 یا شماره نمابر: (213) 244-4665

شماره حساب

لطفاً 10 رقم اول شماره حساب خود را ارائه دهید.

نام مشتری (اولین و آخرین به محض اینکه در صورت حساب شما ظاهر می شود)

شماره آپارتمان/بخش

نشانی

تلفن اولیه

شهر

1 تعداد کل افراد خانوار شما (شامل خودتان، بزرگسالان دیگر و کودکان):

اگر بیشتر از 6:

6

5

4

3

2

1

2

آیا شما (یا هر یک از اعضای خانوار شما) در هر یک از برنامه های کمک رسانی زیر ثبت نام کرده اید (کرده است)؟

نه (اگر خیر، درآمد سالانه خانوار شما قبل از کسر چقدر است، از جمله همه

اعضای خانواده خانواده؟)

\$0 - \$39,440

\$39,441 - \$49,720

\$49,721 - \$60,000

\$60,001 - \$70,280

\$70,281 - \$80,560

اگر بیش از \$80,560 دلار است، مقدار دلار را در اینجا وارد کنید

\$, در سال.

بله (اگر بله، دایره(هایی) را پر کنید ●)

Medi-Cal/Medicaid: زیر 65 سال

Medi-Cal/Medicaid: 65 یا بیشتر

Medi-Cal for Families A&B

برنامه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)

قبیله ای (TANF) / TANF (CaWORKs)

واجد شرایط درآمد Head Start (فقط قبیله)

کمک عمومی امور سرخپوستان

CalFresh (کوپن غذا)

National School Lunch Program (NSLP)

برنامه کمک به انرژی خانه با درآمد کم (LIHEAP)

درآمد تأمین تکمیلی

لطفاً منابع درآمد خود را مشخص کنید

تأمین اجتماعی

SSDI یا SSP

مستمری

سود یا بهره پس انداز، سهام، اوراق قرضه یا حسابهای بازنشستگی

دستمزد و/یا حقوق

مزایای بیکاری

بیمه یا پرداخت های قانونی

پرداخت از کارافتادگی یا غرامت کارگران

کمک هزینه همسر یا فرزند

بورس آموزشی، کمک مالی، یا دیگر کمک هزینه های زندگی

درآمد ناشی از اجاره بها یا حق امتیاز

مبلغ نقدی، سایر درآمدهای دیگر یا سود شغل آزاد

3

اظهارنامه، زیر را بخوانید و امضا کنید
اعلام می کنم که اطلاعاتی که در این برنامه ارائه کرده ام درست و صحیح است. موافقت می کنم در صورت درخواست، مدرکی مبنی بر واجد شرایط بودن برنامه CARE ارائه کنم. اگر دیگر واجد شرایط دریافت تخفیف نباشم، موافقت می کنم که ظرف 30 روز به SoCalGas اطلاع دهم. می دانم که اگر تخفیف را بدون واجد شرایط بودن دریافت کنم، ملزم به بازپرداخت تخفیفی هستم که دریافت کرده ام. من به SoCalGas اجازه می دهم اطلاعاتم را به منظور واجد شرایط ماندن برای کمکهای مدیریت انرژی موجود، کاهش قیمت و برنامه های نرخ مسکونی با سایر شرکتهای سازمانهای دولتی و نهادهای تعیین شده توسط CPUC به اشتراک بگذارد.

تاریخ: / /

امضا:

© 2023 شرکت گاز کالیفرنیا جنوبی. علامت تجاری جزء داراییهای دارندگان آنها هستند. تمامی حقوق محفوظ است.

دکمنج: 9B

فکس: 6491 FA

برنامه CARE توسط مشتریان خدمات شهری کالیفرنیا تأمین می شود و توسط شرکت گاز کالیفرنیا جنوبی تحت نظارت کمیسیون خدمات عمومی کالیفرنیا اداره می شود. وجوه برنامه بر اساس اولویت اول تخصیص داده می شود تا زمانی که چنین بودجه ای دیگر در دسترس نباشد. این برنامه ممکن است بدون اطلاع قبلی تغییر یابد یا خاتمه یابد.







KEV LUV NQI 20% HAUV CARE DAIM NTAWV THOV

California qhov txheej txheem pab cuam Lwm Cov Nqi Uas Yog Qhov Xaiv Tau txog Lub Zog (CARE) muab kev luv nqi li 20% rau cov neeg qhua siv khoom hauv SoCalGas® uas muaj cai tau txais kev pab hauv lawv daim ntawv sau nqi nkev hav zoov hav tsuag hauv txhua lub hli. Yuav muaj kev luv nqi rau daim ntawv sau nqi hauv txhua hli tom qab hnuv tim uas daim ntawv thov tau txais kev pom zoo los ntawm SoCalGas.

Thov xa daim ntawv thov uas sau tiav los ntawm kev siv ib qho ntawm cov hauv kev uas teev muaj hauv qab no:

- 1) Mus saib hauv myaccount.socalgas.com los sis socalgas.com/CARE. Yuav lis koj daim ntawv thov kom sai.
- 2) Hu rau 1-866-716-3452 tau txhua sij hawm, 24 teev hauv ib hnuv. Thov npaj koj tus nab npawb as khauj kom txhij.
- 3) Xa daim foos uas sau tiav thiab kos npe rau lawm tuaj los ntawm kev xa hauv pais xab nis los sis fev mus rau (213) 244-4665.

Muaj OB txoj hauv kev yuav ua koj tsim nyog tau txais kev pab:

Cov txheej txheem pab cuam muab kev pab	← LOS → SIS	Qhov nyiaj khwv tau los hauv yim neeg siab tshaj plaws																
Yog tias koj los sis lwm tus neeg hauv koj yim neeg koom nrog hauv ib qho twg ntawm cov txheej txheem pab cuam no: Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal rau Cov Tsev Neeg A&B Kev Pab Cov Poj Niam, Cov Me Nyuam Mos thiab Cov Me Nyuam Yaus (WIC) CalWORKs (TANF) ¹ los sis TANF Txog Haiv Neeg Tsawg Qhov Nyiaj Khwv Tau Pib Uas Muaj Cai Tau Kev Pab (haiv neeg tsawg nkaus xwb) Lub Chaw Hauj Lwm Muab Kev Pab Dav Txog Kev Ua Hauj Lwm Ntawm Haiv Neeg Khab CalFresh (cov pib tau kev pab khoom noj khoom haus) Txheej Txheem Pab Cuam Pluas Su Hauv Tsev Kawm Ntawv Thoob Teb Chaws (NSLP) Txheej Txheem Pab Cuam Kev Pab Lub Zog Hauv Tsev Uas Muaj Nyiaj Khwv Tau Los Tsawg Nyiaj Khwv Tau Los Txog Kev Ruaj Ntsej Pab Ntxiv <small>¹Suav Nrog Kev Noj Qab Nyob Zoo-Rau-Kev Ua Hauj Lwm</small>		pib siv tau hauv Lub Rau Hli Ntuj Tim 1, 2023 txog Lub Tsib Hlis Ntuj Tim 31, 2024 <table border="1"> <tr> <td rowspan="8" style="text-align: center;">  Pes tsawg leej nyob hauv yim neeg </td> <td style="text-align: center;">1-2</td> <td style="text-align: right;">\$39,440</td> <td rowspan="8" style="text-align: center;">  Qhov nyiaj khwv tau hauv ib xyoos puag ncig tag nrho* </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: right;">\$49,720</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: right;">\$60,000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">\$70,280</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: right;">\$80,560</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: right;">\$90,840</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: right;">\$101,120</td> </tr> </table> <p>Txhua tus neeg ntxiv rau +\$10,280 *Qhov nyiaj khwv tau los hauv yim neeg tam sim no los ntawm tag nrho cov hauv paus ua ntej lov tawm.</p>	 Pes tsawg leej nyob hauv yim neeg	1-2	\$39,440	 Qhov nyiaj khwv tau hauv ib xyoos puag ncig tag nrho*	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120
 Pes tsawg leej nyob hauv yim neeg	1-2	\$39,440		 Qhov nyiaj khwv tau hauv ib xyoos puag ncig tag nrho*														
	3	\$49,720																
	4	\$60,000																
	5	\$70,280																
	6	\$80,560																
	7	\$90,840																
	8	\$101,120																

Cov xwm txheej siv rau kev koom nrog:

- 1) Koj yuav tsum ua tau raws cov cai uas yuav ua rau tsim nyog tau txais kev pab hauv kem ntawv saum toj no.
- 2) Daim ntawv sau nqi nkev hav zoov hav tsuag yuav tsum tawm koj lub npe thiab qhov chaw nyob yuav tsum yog koj qhov chaw nyob xub thawj kiag.
- 3) Koj yuav tsum tsis txhob muab thov tias yog ib tus neeg nrog nyob hauv lwm tus neeg qhov nqi se nyiaj khwv tau los uas tsis yog koj tus txij nkawm.
- 4) Koj yuav tsum rov txheeb xyuas qhov tseeb txog koj daim ntawv thov thaum thov tuaj.
- 5) Koj yuav tsum ceeb toom qhia rau SoCalGas tsis pub dhau 30 hnuv yog tias koj tsis tsim nyog tau txais kev pab ntxiv lawm.
- 6) Tej zaum lawv yuav nug koj kom txheeb xyuas qhov tseeb txog koj qhov kev muaj cai tau txais kev pab txog CARE.

Lwm cov txheej txheem pab cuam thiab cov kev pab cuam uas tej zaum koj tsim nyog tau txais kev pab rau:

 <p>Kev pab rau koj lub tsev Cov kev txhim kho lub tsev kom pab txuag lub zog los ntawm cov neeg muaj ntawv cog lus hauv zej zog uas tau kev tso cai yam tsis tau them dab tsi ntxiv lawm</p>	<p>Energy Savings Assistance Program</p>	<p>socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593</p>
 <p>Kev pab rau cov kev xav tau fab kev kho mob Qhov Nyiaj Pab Pib Rau Fab Kev Kho Mob Qhov txheej txheem kev pab muab tau cov nkev hav zoov hav tsuag ntxiv ntawm tus nqi qis pib uas qis tshaj plaws rau cov neeg uas muaj cov tsos mob fab kev kho mob uas tsim nyog. socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	<p>Kev pab nrog koj daim ntawv sau nqi Kev Pab Lub Zog Hauv Tsev Uas Muaj Nyiaj Khwv Tau Los Tsawg Kev pab them nqi lub zog thiab cov kev pab cuam hloov pauv kom haum raws huab cua 1-866-675-6623</p>	 <p>Kev pab nrog koj lub xov tooj California Lifeline (California Tus Xov Tooj Pab Lub Neej Txoj Sia) Cov kev pab cuam them nqi xov tooj uas tau kev luv nqi rau cov neeg qhua siv khoom uas muaj cai tau txais kev pab Kawm paub ntxiv tau ntawm californialifeline.com</p>

Lus As Kiv: 1-800-427-2200
 廣東話: 1-800-427-1420
 FEV: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
 Español: 1-800-342-4545
 Tus Mob Tsis Hnov Lus (TDD/TTY): 1-800-252-0259
 (muaj ua Lus As Kiv thiab Lus Mev nkaus xwb)

中文: 1-800-427-1429
 Việt: 1-800-427-0478



KEV LUV NQI 20% HAUV CARE DAIM NTAWV THOV

Thov siv cov kob xim xiav tsaus los sis xim dub nkaus xwb

Thov sau kom tiav thiab xa daim ntawv thov no rov qab los ntawm kev xa hauv pais xab nis, fev, los sis thov hauv online ntawm socialgas.com/CARE.

Xa hauv pais xab nis mus rau: SoCalGas CARE Qhov Txheej Txheem Pab Cuam, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 los sis Xa fev mus rau: (213) 244-4665

TUS NAB NPAWB AS KHAUJ

THOV MUAB THAWJ 10 TUS LEJ NTAWM KOJ TUS NAB NPAWB AS KHAUJ.

TUS NEEG QHUA LUB NPE (LUB NPE THIAB LUB XEEM UAS POM TSHWM HAUV KOJ DAIM NTAWV SAU NQI)

QHOV CHAW NYOB

LUB CHAV TSEV/CHAW NYOB #

NROOG

THAWJ TUS XOY TOOJ

1

Tag nrho cov neeg hauv koj yim neeg (suav nrog koj tus kheej, lwm tus neeg laus, thiab cov me nyuam yaus):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Yog tias coob dua 6 leej:

2

Koj (los sis ib tug neeg twg hauv koj yim neeg) tau rau npe hauv ib qho twg ntawm cov txheej txheem kev pab hauv qab no?

- YOG (Yog tias yog, thov kos rau lub vooj voos) ●**
 - Medi-Cal/Medicaid: Hnub nyoog qis dua 65 xyoos
 - Medi-Cal/Medicaid: 65 xyoos nce mus
 - Medi-Cal rau Cov Tsev Neeg A&B
 - Qhov Txheej Txheem Pab Cuam Cov Poj Niam, Cov Me Nyuam Mos thiab Cov Me Nyuam Yaus (WIC)
 - CalWORKs (TANF) los sis TANF Txog Haiv Neeg Tsawg
 - Qhov Nyiaj Pib Xub Thawj Uas Muaj Cai Tau Txais Kev Pab - Haiv Neeg Tsawg Nkaus Xwb
 - Lub Chaw Hauj Lwm Muab Kev Pab Dav Txog Kev Ua Hauj Lwm Ntawm Haiv Neeg Khab
 - CalFresh (Cov Pib Tau Kev Pab Khoom Noj Khoom Haus)
 - Txheej Txheem Pab Cuam Pluas Su Hauv Tsev Kawm Ntawv Thoob Teb Chaws (NSLP)
 - Txheej Txheem Pab Cuam Kev Pab Lub Zog Hauv Tsev Uas Muaj Nyiaj Khwv Tau Los Tsawg (LIHEAP)
 - Nyiaj Khwv Tau Los Txog Kev Ruaj Ntseg Pab Ntxiv
- TSIS YOG (Yog tias tsis yog, koj qhov nyiaj khwv tau los hauv yim neeg ib xyoos puag ncig ua ntej lov tawm yog pes tsawg, suav nrog tag nrho cov tswv cuab ntawm yim neeg?)**
 - \$0 - \$39,440
 - \$39,441 - \$49,720
 - \$49,721 - \$60,000
 - \$60,001 - \$70,280
 - \$70,281 - \$80,560
 - Yog tias ntau dua \$80,560, ntaus ua qhov nyiaj duas las rau ntawm no \$, .00 toj ib xyoos.

Thov teev qhia koj lub hauv paus nyiaj khwv tau los

- Xaus Saus
- SSP los sis SSDI
- Nyiaj Laus
- Paj ntsig los sis cov nyiaj sib faib ntawm lag luam los ntawm cov as khauj txuag nyiaj, cov lag luam nyiaj txiag, cov ntawv muaj nqis li nyiaj ntawm nom tswv, los sis tus as khauj so noj nyiaj laus
- Cov nqi zog thiab/los sis nyiaj hli
- Cov txiaj ntsig pab thaum poob hauj lwm
- Is sas las tuav pov hwm los sis chaw nyob raug raws kev cai lij choj
- Cov kev them nyiaj pab kev txom nyem rau neeg xiam oob qhab los sis cov neeg ua hauj lwm
- Nyiaj pab tus txij nkawm los sis me nyuam
- Cov kev pab rau fab kev kawm, cov nyiaj pab, los sis lwm yam khoom pab muab siv rau cov nuj nqis hauv kev ua neej
- Qhov nyiaj tau los ntawm nqi xauj los sis nqi siv yus tej khoom vaj khoom tsev
- Nyiaj ntsuab, lwm qhov nyiaj khwv tau los, los sis paj ntsig los ntawm kev ua hauj lwm rau tus kheej

3

Kev tshaj tawm, Thov nyeem thiab kos npe rau hauv qab no.

Kuv qhia tias cov ntaub ntawv uas kuv tau muab hauv daim ntawv thov no muaj tseeb thiab raug lawm. Kuv pom zoo muab ntaub ntawv pov thawj ntawm CARE txoj kev muaj cai tau txais kev pab hauv txheej txheem pab cuam yog tias lawv thov. Kuv pom zoo ceeb toom qhia paub rau SoCalGas tsis pub dhau 30 hnub yog tias kuv tsis tsim nyog tau txais kev luv nqi ntxiv lawm. Kuv nkag siab tias yog tias kuv tau txais kev luv nqi yam tsis muaj qhov tsim nyog tau, kuv yuav tsum them qhov kev luv nqi uas kuv tau txais ntawd rov qab. Kuv tso cai rau SoCalGas faib qhia kuv tej ntaub ntawv qhia paub txhawm rau kom tseem muaj cai tau txais kev pab rau kev pab tswj hwm lub zog uas muaj no, kev txo tus nqi thiab cov txheej txheem pab cuam tus nqi rau tus qhua uas yog yim neeg nrog lwm cov chaw pab cuam lub zog, cov chaw hauj lwm hauv xeev thiab cov chaw hauj lwm uas muab npe los ntawm CPUC.

LUB NPE KOS: X

HNUB TIM: / /

បញ្ចុះតម្លៃ 20% ការដាក់ពាក្យសុំស៊ុបស៊ីធី CARE

កម្មវិធីបម្រុងទុកថាមពលនៃដុប California (CARE) ផ្តល់ជូនអតិថិជន SoCalGas® ដែលមានលក្ខណៈសម្រាប់ត្រួតគ្រប់គ្រាន់នូវការបញ្ចុះតម្លៃ 20% លើកុំរយបត្រហ្វាស៊ីលីតេប្រចាំខែរបស់អ្នក ។ ការបញ្ចុះតម្លៃនេះនឹងត្រូវអនុវត្តចំពោះកុំរយបត្រប្រចាំខែ បន្ទាប់ពីចុងដៃពាក្យសុំស៊ុបស៊ីធីដោយកុំរយបត្រ SoCalGas ។

សូមដាក់ពាក្យដល់ពេញចេញដោយប្រើវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- 1) ចូលទៅមើលគេហទំព័រ myaccount.socalgas.com ឬ socalgas.com/CARE ។ សំណើរបស់អ្នក នឹងត្រូវបានដំណើរការ លាម។ ។
- 2) ទូរស័ព្ទ ទទាវលេខ 1-866-716-3452 បានគ្រប់ពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ។ សូមត្រៀមលេខគណនីរបស់អ្នក ឈ្មោះ ចរាស់ ។
- 3) សូមជញ្ជីម រង់ចាំបែបទដល់ពេញ និងចុះហត្ថលេខា ចមកវិញតាមប្រសើរណាមួយ ឬទូរសារទទាវលេខ (213) 244-4665 ។

មានវិធីចំនួន ពីរ ដើម្បីបំពេញលក្ខខណ្ឌខ្លះ

កម្មវិធីជំនួយ	← ឬ →	ចំណូលគ្រួសារអតិបរមា																
<p>ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal សម្រាប់គ្រួសារ A&B ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC) CalWORKs (TANF)¹ ឬ កូលសម្ព័ន្ធ TANF អ្នកដែលមានសិទ្ធិចាប់ផ្តើមរកចំណូល (សម្រាប់តែកូលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ) ការិយាល័យជំនួយផ្នែកកិច្ចការទូទៅឥណ្ឌា CalFresh (តែមអាហារ) កម្មវិធីអាហារវិទ្យុគ្រងសាលាថ្នាក់ជាតិ (NSLP) កម្មវិធីជំនួយថាមពលសម្រាប់គ្រួសារដែលមានចំណូលទាប ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម <p>¹រួមបញ្ចូលទាំងសុខុមាលភាពដើម្បីធ្វើការ (Welfare-To-Work)</p>		<p>មានសុពលភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2023 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2024</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="8">  ចំនួនសមាជិកក្នុងគ្រួសារ </td> <td>1-2</td> <td>\$39,440</td> <td rowspan="8">  ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុប* </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$49,720</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$60,000</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$70,280</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$80,560</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>\$90,840</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>\$101,120</td> </tr> </table> <p>សម្រាប់សមាជិកបន្ថែមនីមួយៗ បូកថែម \$10,280 *ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារបច្ចុប្បន្នពីប្រភពទាំងអស់មុននឹងកាត់ចេញ ។</p>	 ចំនួនសមាជិកក្នុងគ្រួសារ	1-2	\$39,440	 ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុប*	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120
 ចំនួនសមាជិកក្នុងគ្រួសារ	1-2	\$39,440		 ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុប*														
	3	\$49,720																
	4	\$60,000																
	5	\$70,280																
	6	\$80,560																
	7	\$90,840																
	8	\$101,120																

លក្ខខណ្ឌខ្លះចូលរួម៖

- 1) អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌខ្លះក្នុងតារាងខាងលើ ។
- 2) វិក្កយបត្រហ្វាស៊ីលីតេប្រចាំខែរបស់អ្នក ហើយអាសយដ្ឋានត្រូវតែជាអាសយដ្ឋានចម្បងរបស់អ្នក ។
- 3) អ្នកមិនត្រូវអះអាងថា ជាអ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ឬក្នុងប្រទេសដទៃទៀតក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិ ។
- 4) អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ទ្រង់ទ្រាយពាក្យសុំស៊ុបស៊ីធី ។
- 5) អ្នកត្រូវជូនដំណឹងដល់កុំរយបត្រ SoCalGas ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានសិទ្ធិ ។
- 6) អ្នកអាចត្រូវបានសុំស៊ុបស៊ីធី ផ្សេងទៀតសំរាប់ចូលរួមរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី CARE ។

កម្មវិធី និងសេវាកម្មផ្តល់ជូនដល់អ្នកអាចមានលក្ខខណ្ឌសម្រាប់ត្រួតគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីសុំស៊ុបស៊ីធី

 <p>ជំនួយលើគេហដ្ឋានរបស់អ្នក ការកែលម្អផ្ទះដើម្បីសន្សំថាមពលពីអ្នកម៉ៅការ ក្នុងតំបន់ដែលមានការអនុញ្ញាត ដោយឥតគិតថ្លៃ</p> <p>Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593</p>	 <p>ជំនួយលើតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ ជំនួយលើតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ កម្មវិធីផ្តល់ជូនហ្វាស៊ីលីតេប្រចាំខែនៅ អត្រាទាបបំផុតសម្រាប់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាព ។</p> <p>socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	 <p>ជំនួយលើការហៅទូរស័ព្ទរបស់អ្នក California Lifeline បញ្ជូនតម្លៃការហៅទូរស័ព្ទសម្រាប់អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ស្វែងយល់បន្ថែមនៅលើ californialifeline.com</p>
---	--	--

English: 1-800-427-2200 한국어: 1-800-427-0471 中文: 1-800-427-1429
 廣東話: 1-800-427-1420 Español: 1-800-342-4545 Viêt: 1-800-427-0478
 ទូរសារ: (213) 244-4665 អ្នកខុសាយការសុំតាប (TDD/TTY) : 1-800-252-0259
 (មានតែភាសាអង់គ្លេស និងអស្ត្រាលីប៉ូណូណា៖)

20% 할인 CARE 신청

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은, 자격을 갖춘 SoCalGas® 고객에게 월간 천연 가스 요금을 20% 할인된 가격으로 제공합니다. 할인은 SoCalGas가 신청을 승인한 다음 날 이후의 월간 천연 가스 고지서에 적용됩니다.

아래에 나열된 방법 중 하나를 사용하여 작성한 신청서를 제출하십시오.

- 1) myaccount.socalgas.com 또는 socalgas.com/CARE를 방문하십시오. 귀하의 요청은 즉시 처리될 것입니다.
- 2) 하루 24 시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계좌 번호를 준비하십시오.
- 3) 작성 및 서명한 신청서를 우송하거나 (213) 244-4665로 팩스 전송하십시오.

자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다:

지원 프로그램	← 또는 →	최대 가구 소득																
<p>귀하 또는 귀하 가구에 있는 다른 사람이 다음과 같은 프로그램에 참여하고 있는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 메디칼/메디케이드 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC) CalWORKs (TANF)¹ 또는 부족 TANF 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격- 인디언 부족만 해당 인디언 사무국 일반 지원 캘프레쉬(푸드 스탬프) 전국 학교 급식 프로그램(NSLP) 저소득 가정 에너지 보조 프로그램 보조적 보장 소득(SSI) <p>¹생산적 복지(Welfare-To-Work)를 포함시키십시오</p>		<p>2023년 6월 1일부터 2024년 5월 31일까지 유효</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>가구 인원 수</th> <th>총 연간 소득*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1-2</td><td>\$39,440</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$49,720</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$60,000</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$70,280</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$80,560</td></tr> <tr><td>7</td><td>\$90,840</td></tr> <tr><td>8</td><td>\$101,120</td></tr> </tbody> </table> <p>추가 인원당 +\$10,280 *공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.</p>	가구 인원 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
가구 인원 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																	

참여 조건:

1) 위 표에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다. 2) 천연 가스 요금 고지서는 고객님의 이름으로 되어 있어야 하고 주소는 고객님의 기본 주소이어야 합니다. 3) 배우자가 아닌 다른 사람의 세금 보고서에 부양 가족으로 신고되면 안 됩니다. 4) 요청 시 고객님의 신청서를 다시 증명해야 합니다. 5) 더 이상 자격이 없으면 30일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다. 6) CARE 자격을 증명하라는 요청을 받을 수 있습니다.

고객님께서 자격이 될 수 있는 다른 프로그램 및 서비스:

 <p>고객님 가정을 위한 도움 공인 지역 도급업자가 무료로 제공하는 에너지 절약 주택 개량</p>	<p>Energy Savings Assistance Program</p>	<p>socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593</p>
 <p>의학적 필요에 대한 도움 의료 기준 할당 프로그램에서는 적격 질병이 있는 사람들을 위해 가장 낮은 기준 요금으로 추가 천연 가스를 제공합니다. socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	<p>고지서 요금에 대한 도움 저소득 가정 에너지 지원 유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스 1-866-675-6623</p> <p>연체료 관리 계획 저격 고객에 대한 연체된 고지서 요금 면제 socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200</p>	<p>전화 요금에 대한 도움 캘리포니아 라이프라인 (California Lifeline) 자격이 되는 고객을 위한 전화 요금 할인 서비스 에서 자세히 알아보십시오 californialifeline.com</p>

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
팩스: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545
청각 장애용 (TDD): 1-800-252-0259 (영어 및 스페인어로만 제공됨)

中文: 1-800-427-1429
Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



20% 할인 CARE 신청

진한 파란색 또는 검정색 잉크만 사용하십시오.

이 신청서를 작성하여 우편 또는 팩스로 보내거나 socialgas.com/care에서 온라인으로 신청하십시오.

다음 주소로 우송하십시오: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 또는 팩스 전송: (213) 244-4665

계정 번호

귀하의 계정 번호 처음 +10자리를 제공하십시오.

고객 이름 (요금 고지서에 나와 있는 이름 및 성)

주소

시

기본 전화

1 고객님의 가구 구성원 총수(고객님, 다른 성인 및 아이들을 포함시키십시오):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 6명 이상인 경우:

2 고객님의(또는 고객님의 가구에 있는 다른 사람)은 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- 예 (예의 경우, 동그라미를 검게 칠해 넣으십시오)
 - 메디칼/메디케이드: 65세 미만
 - 메디칼/메디케이드: 65세 이상
 - 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
 - 여성, 유아 및 어린이 프로그램 (WIC)
 - CalWORKs (TANF) 또는 부족 TANF
 - 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격- 인디언 부족만 해당
 - 인디언 사무국 일반 지원
 - 캘프레쉬 (푸드 스탬프)
 - 전국 학교 급식 프로그램(NSLP)
 - 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)
 - 보조적 보장 소득(SSI)
- 아니오 (아니오의 경우, 모든 가구 구성원을 포함한 고객님의 가구의 공제 전 연간 가구 소득은 얼마입니까?)
 - \$0 - \$39,440
 - \$39,441 - \$49,720
 - \$49,721 - \$60,000
 - \$60,001 - \$70,280
 - \$70,281 - \$80,560
 - \$80,560 이상인 경우, 여기에 달러 금액을 기입하십시오
연간 \$, .00

고객님의 수입원을 표시하십시오

 - 사회보장연금
 - SSP 또는 SSDI
 - 연금
 - 저축, 주식, 채권 또는 은퇴 계좌의 이자 또는 배당금
 - 임금 및/또는 급여
 - 실업 혜택
 - 보험 또는 법적 합의금
 - 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금
 - 배우자 부양비 또는 자녀 양육비
 - 장학금, 보조금 또는 기타 생활비로 사용된 보조금
 - 임대 또는 저작권 사용료 소득
 - 현금, 기타 소득 또는 자영업 이익

3 선언, 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본인은 이 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 요청이 있는 경우 CARE 자격 증명을 제공할 것에 동의합니다. 본인은 더 이상 할인을 받을 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 할인을 받을 자격이 되지 않는데도 할인을 받는 경우, 할인 받은 금액을 반환해야 할 수도 있다는 점을 이해합니다. 본인은 SoCalGas가 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거용 요금 프로그램에 대한 자격을 유지하기 위해 다른 유틸리티사, 주 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 본인의 정보를 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

서명:

날짜: / /

20% 折扣

CARE 申請

加州能源優惠 (CARE) 計劃 為符合資格的 SoCalGas® 客戶提供每月天然氣帳單 20% 折扣。折扣適用於申請經過 SoCalGas 核准的日期之後每月帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請 2：

- 1) 造訪 myaccount.socalgas.com 或 socalgas.com/CARE。**
您的申請會得到立即處理。
- 2) 隨時撥打 24 小時全天候電話 1-866-716-3452。** 請準備好帳號。
- 3) 透過郵寄或傳真 (號碼 213-244-4665) 方式發回填妥並簽名的表單。**



有兩種方式獲取資格

公共援助計劃

如果您或者您家庭中的另一成員從以下計劃中的任意一項獲益：

Medi-Cal/Medicaid

A 和 B 類家庭 Medi-Cal

婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)

CalWORKs (TANF)¹/部落 TANF

學前教育班補助金計劃 – 僅限部落

印第安事務局一般協助計劃

CalFresh (食物券)

全國學童午餐計劃 (NSLP)

低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)

社會安全補助金

¹包括 Welfare-to-Work

或者

家庭總收入

(2023 年 6 月 1 日至 2024 年 5 月 31 日有效)

家庭成員數量

總年收入*

1-2

\$39,440

3

\$49,720

4

\$60,000

5

\$70,280

6

\$80,560

7

\$90,840

8

\$101,120

每多一名成員則增加 \$10,280 美元

*包括扣減前所有來源的當前家庭收入。

參與條件：

- 1)** 您必須滿足第 2 頁其中一個表格中的資格要求。
- 2)** 天然氣帳單必須在您的名下，地址必須是您的主要地址。
- 3)** 您不得聲明為除您配偶之外其他人的所得稅申報表的受援助者。
- 4)** 您必須在需要時重新認證您的申請。
- 5)** 如果您不再符合資格，您必須在 30 天之內通知 SoCalGas。
- 6)** 您可能被要求確認您的 CARE 參與資格。

您可能有資格參與的計劃和服務：



透過授權的當地承包商免費改進節能家居

Energy Savings
Assistance Program
socalgas.com/Improvements
1-800-331-7593



對於符合條件的醫療狀況，能以最低的基線費率獲取額外的天然氣

醫療基綫
socalgas.com/Medical
1-866-431-3517



為符合資格的客戶提供電話服務折扣

CALIFORNIA LIFELINE
如需更多資訊，請造訪
californialifeline.com



能源帳單援助和防寒保暖服務

可為符合資格的住宅 CARE 客戶提供逾期帳單寬限

低收入家庭能源協助
1-866-675-6623
欠費管理計劃
socalgas.com/Forgiveness
1-800-427-2200

有關客戶援助的更多資訊：

English：1-800-427-2200

Español：1-800-342-4545

傳真：213-244-4665

聽障專線 (TDD/TTY)：1-800-252-0259

(僅限英語和西班牙語)

한국어：1-800-427-0471

廣東話：1-800-427-1420

Việt：1-800-427-0478

中文：1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company 公司著作權所有。商標為其各自所有者的財產。保留所有權利。

CARE 計劃由加州公用事業客戶資助，並在加州公用事業管理委員會指導下由 Southern California Gas Company 管理。計劃資金遵循先到先得的原則分配，直到此類資金用完為止。該計劃可能有變動或終止，恕不另行通知。

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT

2

您（或您的家人）是否已登記參加以下任何援助計劃？

- 是 (如果「是」，請畫實心圓圈●)
 - Medi-Cal/Medicaid：65 歲以下
 - Medi-Cal/Medicaid：65 歲 (含) 以上
 - A 和 B 類家庭 Medi-Cal
 - 婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)
 - CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
 - 學前教育班補助金計劃 – 僅限部落
 - 印第安事務局一般協助計劃
 - CalFresh (食物券)
 - 全國學童午餐計劃 (NSLP)
 - 低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)
 - 社會安全補助金
-
- 否 (如果「否」，扣減前家庭年收入是 多少 (包括所有家庭成員?))
 - \$0 - \$39,440
 - \$39,441 - \$49,720
 - \$49,721 - \$60,000
 - \$60,001 - \$70,280
 - \$70,281 - \$80,560
 - 如果超過 \$80,560，在此輸入美元金額

\$, .00 /年。

2

(續)

請選擇收入來源：

- 社會保障
- SSP 或 SSDI
- 養老金
- 儲蓄、股票、債券或退休帳戶利息或股息
- 工資和/或薪金
- 失業津貼
- 保險或法律賠償
- 殘障或工人補償金
- 配偶贍養費或子女撫養費
- 獎學金、補助或其他生活費援助
- 租金或版稅收入
- 現金、其他收入或自僱所得

3**宣告，請閱讀以下內容並簽名。**

本人申明，本人在此申請中提供的資訊真實正確。本人同意，應要求提供 CARE 計畫 資格證明。本人同意，如果不再符合折扣優惠資格，則在 30 天之內通知 SoCalGas。本人瞭解，如果獲得折扣而不符合資格，本人需要退還所獲折扣。我授權 SoCalGas 可與其他公用事業公司、州機構和 CPUC 指定之實體分享我的資訊，以便持續有資格參與能源管理援助、降價和住宅費率計畫。

簽名：

日期：

 / /

20% DISCOUNT CARE APPLICATION

The California Alternate Rates for Energy (CARE) program offers eligible SoCalGas® customers a 20 percent discount on their monthly bill. The discount will be applied to the monthly bills following the date that the application is approved by SoCalGas.

Please submit a completed application by using one of the methods listed on page 2:

- 1) Visit myaccount.socalgas.com or socalgas.com/CARE.**
Your request will be processed promptly.
- 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.**



THERE ARE **TWO** WAYS TO QUALIFY

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS

If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal for Families A & B

Women, Infants, & Children (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ / 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

¹Includes Welfare-to-Work

OR

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME

(effective June 1, 2023 to May 31, 2024)

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

For each additional household member, add \$10,280

*Includes current household income from all sources before deductions.

CONDITIONS FOR PARTICIPATION:

- 1)** You must meet the qualification requirements in one of the tables on page 2.
- 2)** The natural gas bill must be in your name and the address must be your primary address.
- 3)** You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- 4)** You must recertify your application when requested.
- 5)** You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify.
- 6)** You may be asked to verify your eligibility for CARE.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:



HELP FOR YOUR HOME

Energy-saving home improvements from authorized local contractors at no cost

Energy Savings Assistance Program
socalgas.com/Improvements
1-800-331-7593



HELP FOR MEDICAL NEEDS

Additional natural gas at the lowest baseline rate for qualifying medical conditions

MEDICAL BASELINE
socalgas.com/Medical
1-866-431-3517



HELP WITH YOUR PHONE

Discounted telephone services for eligible customers

CALIFORNIA LIFELINE
Learn more at
californialifeline.com



HELP WITH YOUR BILL

Utility bill assistance and weatherization services

LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE
1-866-675-6623

Past due bill forgiveness available for eligible residential CARE customers

ARREARAGE MANAGEMENT PLAN
socalgas.com/Forgiveness
1-800-427-2200

FOR MORE INFORMATION ON CUSTOMER ASSISTANCE:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259

(available in English and Spanish only)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company. Trademarks are property of their respective owners. All rights reserved.

The CARE program is funded by California utility customers and administered by Southern California Gas Company under the auspices of the California Public Utilities Commission. Program funds will be allocated on a first-come, first-served basis until such funds are no longer available. This program may be modified or terminated without prior notice.

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT

2

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

- YES** (If yes, please fill in the circle(s) ●)
- Medi-Cal/Medicaid: Under age 65
- Medi-Cal/Medicaid: 65 or older
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants, and 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 the dollar amount here

\$, .00 per year.

2

(continued)

Please mark your sources 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

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 program eligibility if asked. I agree to inform SoCalGas within 30 days if I no longer qualify to receive a 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: / /

20% 할인

CARE 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은, 자격을 갖춘 SoCalGas® 고객에게 월간 천연 가스 요금을 20 % 할인된 가격으로 제공합니다. 할인은 SoCalGas가 신청을 승인한 다음 날 이후의 월간 천연 가스 고지서에 적용됩니다.

2 페이지에 나열된 방법 중 하나를 사용하여 작성한 신청서를 제출하십시오:

- 1) myaccount.socalgas.com 또는 socalgas.com/CARE를 방문하십시오. 신청은 즉시 처리될 것입니다.**
- 2) 하루 24 시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계좌 번호를 준비하십시오.**
- 3) 작성 및 서명한 신청서를 우송하거나 (213) 244-4665로 팩스 전송하십시오.**



자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다

공적 부조 프로그램

고객님 또는 고객님의 가족 중 다른 사람이 다음 프로그램의 혜택을 받는 경우:

메디칼/메디케이드

가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B

여성, 유아 및 어린이 (WIC)

CalWORKs (TANF)¹/인디언 부족 TANF

헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격 – 인디언 부족만 해당

인디언 사무국 일반 지원

CalFresh(푸드 스탬프)

전국 학교 급식 프로그램(NSLP)

저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)

보조적 보장 소득(SSI)

¹생산적 복지(Welfare-to-Work)를 포함시키십시오

또는

최대 가계 소득

(2023년 6월 1일부터 2024년 5월 31일까지 유효)

가구 인원 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

추가 가족 구성원당, \$10,280를 추가하십시오

*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.

참여 조건:

- 1)** 2페이지의 표 중 하나에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다.
- 2)** 천연 가스 요금 고지서는 고객님의 이름으로 되어 있어야 하고 주소는 고객님의 기본 주소이어야 합니다.
- 3)** 배우자가 아닌 다른 사람의 세금 보고서에 부양 가족으로 신고되면 안 됩니다.
- 4)** 요청 시 고객님의 신청서를 다시 증명해야 합니다.
- 5)** 더 이상 자격이 없으면 30일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다.
- 6)** CARE 자격을 증명하라는 요청을 받을 수 있습니다.

고객님께서 자격이 될 수 있는 다른 프로그램 및 서비스:



공인 지역 도급업자가 무료로 제공하는 에너지 절약 주택 개량

Energy Savings
Assistance Program
socialgas.com/Improvements
1-800-331-7593



프로그램에서는 적격 질병이 있는 사람들을 위해 가장 낮은 기준 요금으로 추가 천연 가스를 제공합니다

의료 기준 할당
socialgas.com/Medical
1-866-431-3517



자격이 되는 고객을 위한 전화 요금 할인 서비스

캘리포니아 라이프라인
(CALIFORNIA LIFELINE)
에서 자세히 알아보십시오
californialifeline.com



유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스

저소득 에너지 지원
1-866-675-6623

적격 주거용 CARE 고객에 대한 연체된 고지서 요금 면제

연체료 관리 계획
socialgas.com/Forgiveness
1-800-427-2200

고객 지원에 대한 추가 정보:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

팩스: 213-244-4665

청각 장애용 (TDD): 1-800-252-0259

(영어 및 스페인어로만 제공됨)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company. 등록 상표는 해당 소유자의 재산입니다. 판권 소유.

CARE 프로그램은 캘리포니아 유틸리티 고객들이 자금을 지원하며 캘리포니아 공공 유틸리티 위원회의 후원 하에 Southern California Gas Company가 운영하고 있습니다. 프로그램 기금은 기금이 소진될 때까지 선착순으로 배정됩니다. 이 프로그램은 사전 통보 없이 수정되거나 종료될 수 있습니다.
소스 코드: 9Q LARGE FONT

2

고객님(또는 고객님의 가구에 있는 다른 사람)은 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- 예 (예의 경우, 동그라미를 검게 칠해 넣으십시오●)
- 메디칼/메디케이드: 65세 미만
- 메디칼/메디케이드: 65세 이상
- 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
- 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC)
- CalWORKs (TANF) 또는 부족 TANF
- 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격 – 인디언 부족만 해당
- 인디언 사무국 일반 지원
- 캘프레쉬(푸드 스탬프)
- 전국 학교 급식 프로그램(NSLP)
- 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)
- 보조적 보장 소득(SSSI)

아니오 (아니오의 경우, 모든 가구 구성원을 포함한 고객님의 가구의 공제 전 연간 가구 소득은 얼마입니까?)

- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- \$80,560 이상인 경우 여기에 달러 금액을 기입하십시오

연간 \$, .00

2

(계속)

고객님의 수입원을 표시하십시오:

- 사회보장연금
- SSP 또는 SSDI
- 연금
- 저축, 주식, 채권 또는 은퇴 계좌의 이자 또는 배당금
- 임금 및/또는 급여
- 실업 혜택
- 보험 또는 법적 합의금
- 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금
- 배우자 부양비 또는 자녀 양육비
- 장학금, 보조금 또는 기타 생활비로 사용된 보조금
- 임대 또는 저작권 사용료 소득
- 현금, 기타 소득 또는 자영업 이익

3

선언, 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본인은 이 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 요청이 있는 경우 CARE 자격 증명을 제공할 것에 동의합니다. 본인은 더 이상 할인을 받을 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 할인을 받을 자격이 되지 않는데도 할인을 받는 경우, 할인 받은 금액을 반환해야 할 수도 있다는 점을 이해합니다. 본인은 SoCalGas가 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거용 요금 프로그램에 대한 자격을 유지하기 위해 다른 유틸리티사, 주 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 본인의 정보를 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

서명:

X

날짜:

 / /

SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL **20% DE DESCUENTO**

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) ofrece a los clientes elegibles de SoCalGas® un 20 % de descuento en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará a las facturas mensuales luego de la fecha en que SoCalGas haya aprobado la solicitud.

Por favor, envíe la solicitud completada por medio de alguno de los métodos mencionados a continuación:

- 1)** Visite el sitio web **myaccount.socalgas.com** o **socalgas.com/CAREparami**. Su solicitud será procesada de manera instantánea.
- 2)** Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento durante las 24 horas del día. Por favor, tenga su número de cuenta a mano.
- 3)** Envíe el formulario completado y firmado por correo o fax al (213) 244-4665.



HAY **DOS** FORMAS DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

Si usted u otra persona de la casa reciben beneficios de alguno de los siguientes programas:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal para Familias A y B

Programa para Mujeres, Infantes y Niños
(Women, Infants & Children, WIC)

CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas,
TANF)¹ o TANF Tribal

Ingresos que califican para el programa Head Start (solo Tribal)

Oficina de Asuntos Indígenas (asistencia general)

CalFresh (cupones de alimentos)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares
(National School Lunch Program, NSLP)

Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos
Ingresos (Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

O BIEN

¹Incluye el Programa de Transición de la Asistencia Social al Trabajo

INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR:

(efectivo del 1.º de junio de 2023 al 31 de mayo de 2024)

Cantidad de personas en el hogar Ingresos anuales totales*

1-2 \$39,440

3 \$49,720

4 \$60,000

5 \$70,280

6 \$80,560

7 \$90,840

8 \$101,120

Por cada miembro adicional del hogar, añade \$10,280.

*Incluye el ingreso del hogar proveniente de todas las fuentes antes de deducir los impuestos.

CONDICIONES PARA PARTICIPAR:

- 1)** Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad presentes en una de las tablas de la página dos.
- 2)** La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- 3)** No debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- 4)** Debe volver a certificar su solicitud siempre que se lo soliciten.
- 5)** Debe notificar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no es elegible.
- 6)** Es posible que le soliciten que verifique su elegibilidad para el programa CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE PUEDE SER ELEGIBLE:



AYUDA PARA SU HOGAR

Mejoras al hogar sin costo,
hechas por contratistas
autorizados

Energy Savings
Assistance Program™

socalgas.com/Mejoras
1-800-331-7593



AYUDA PARA NECESIDADES MÉDICAS

Gas natural adicional con el costo
de tarifa más baja, para condiciones
médicas que califiquen

**ASIGNACIÓN
MÉDICA INICIAL**
socalgas.com/Medico
1-866-431-3517



AYUDA CON SU TELÉFONO

Servicios telefónicos con
descuento para clientes elegibles

CALIFORNIA LIFELINE
Para más información, visite
californialifeline.com



AYUDA CON SU FACTURA

Asistencia de pago de facturas y
servicios de climatización

**ASISTENCIA ENERGÉTICA
PARA HOGARES DE BAJOS
INGRESOS**
1-866-675-6623

Ofrece el perdón de facturas
vencidas a clientes elegibles

**PLAN DE ADMÓN. DE
PAGOS ATRASADOS**
1-800-427-2200

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA AL CLIENTE, LLAME A LOS SIGUIENTES NÚMEROS:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Personas con discapacidad auditiva (TDD/TTY):

1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company. Todas las marcas registradas pertenecen a sus respectivos propietarios. Todos los derechos reservados. El programa CARE es financiado por los clientes de los servicios públicos de California y administrado por Southern California Gas Company bajo el auspicio de la Comisión de Servicios Públicos de California (California Public Utilities Commission, CPUC). Los fondos del programa serán distribuidos por orden de llegada hasta que ya no estén disponibles. Este programa puede ser modificado o cancelado sin previo aviso.

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT

2**¿Se encuentra inscrito(a) (o alguna persona de su hogar) en alguno de los siguientes programas de asistencia?**

- SÍ** (Si su respuesta es sí, por favor, marque el o los círculos que correspondan ●)
- Medi-Cal/Medicaid: menor de 65 años
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para familias A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o TANF Tribal
- Ingresos que califican para el programa Head Start (solo Tribal)
- Oficina de Asuntos Indígenas (asistencia general)
- CalFresh (cupones de alimentos)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP)
- Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

- NO** (Si su respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de deducir los impuestos, incluyendo a todos los miembros de su hogar?)
- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- Si su ingreso es mayor que \$80,560, ingrese el monto en dólares aquí:

\$, .00 por año.

2 (continuación)

Por favor, marque sus fuentes de ingresos:

- Seguro Social
- Programa Suplementario Estatal (State Supplementary Program, SSP) o Ingreso del Seguro Social por Incapacidad (Social Security Disability Income, SSDI)
- Pensiones
- Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Sueldos o salarios
- Beneficios de desempleo
- Seguro o acuerdos legales
- Pagos por discapacidad o compensación del trabajador
- Manutención conyugal o infantil
- Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia
- Ingresos por alquileres o regalías
- Efectivo, otros ingresos o ganancias de trabajo independiente

3 Declaración. Por favor, lea y firme el texto que se presenta a continuación.

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar la prueba de elegibilidad al programa CARE si es necesario. Acepto informar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no reúno los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, se me exigirá que pague 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:

FECHA: / /

GIẢM GIÁ 20%

ĐƠN XIN CARE

Chương Trình Giảm Tiền Trong Hóa Đơn Năng Lượng của California (CARE) cho phép những khách hàng đủ điều kiện của SoCalGas® khoản giảm giá 20 phần trăm hóa đơn hàng tháng của họ. Khoản chiết khấu này được áp dụng trên các hóa đơn gas hàng tháng sau ngày đơn xin này được SoCalGas chấp thuận.

Vui lòng nộp bản đơn đã hoàn tất sử dụng một trong các cách thức ở trang 2:

- 1)** Truy cập trang mạng **myaccount.socalgas.com** hoặc **socalgas.com/CARE**. Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý ngay tức thì.
- 2)** Gọi vào số 866-716-3452 bất kỳ lúc nào, 24 giờ một ngày. Vui lòng chuẩn bị sẵn số tài khoản của quý vị.
- 3)** Gửi bản mẫu đơn đã hoàn tất và ký tên qua thư bưu điện hoặc gửi fax đến số (213) 244-4665.



CÓ HAI CÁCH XÉT ĐỦ ĐIỀU KIỆN

CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP XÃ HỘI

Nếu quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận phúc lợi từ bất kỳ các chương trình sau:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal cho Gia đình A & B

Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ hoặc TANF Bộ Lạc

Hội Đủ Điều Kiện về Lợi Tức Head Start — Chỉ dành cho Bộ Lạc

Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa

CalFresh (Tem Thực Phẩm)

Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)

Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)

Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh

¹Bao gồm Welfare-to-Work

HAY

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA GIA ĐÌNH:

(Có hiệu lực từ ngày 1 Tháng Sáu, 2023 đến ngày 31 Tháng Năm, 2024)

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

Đối với mỗi thành viên hộ gia đình bổ sung, thêm vào \$10,280

*Bao gồm thu nhập hộ gia đình hiện tại từ tất cả các nguồn trước khi khấu trừ.

ĐIỀU KIỆN THAM GIA

- 1)** Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện trong bảng ở trang 2.
- 2)** Hóa đơn gas phải có tên quý vị và địa chỉ phải là địa chỉ cư ngụ chính của quý vị.
- 3)** Quý vị không được tuyên bố là người phụ thuộc trên bản khai thuế của người khác ngoài vợ/chồng của mình.
- 4)** Quý vị phải tái xác nhận lại đơn xin của mình khi được yêu cầu.
- 5)** Quý vị phải thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu mình không còn hội đủ điều kiện.
- 6)** Quý vị có thể được yêu cầu xác minh hội đủ điều kiện chương trình CARE.

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



TRỢ GIÚP CHO NHÀ CỦA QUÝ VỊ

Cải thiện nhà tiết kiệm năng lượng miễn phí từ các nhà thầu địa phương được ủy quyền

Energy Savings Assistance Program
socalgas.com/Improvements
1-800-331-7593



HỖ TRỢ CÁC NHU CẦU VỀ Y TẾ

Cấp thêm gas tự nhiên ở mức giá căn bản thấp nhất cho những người có bệnh trạng hội đủ điều kiện

MEDICAL BASELINE
socalgas.com/Medical
1-866-431-3517



TRỢ GIÚP ĐIỆN THOẠI

Dịch vụ điện thoại giảm giá cho khách hàng đủ điều kiện

CALIFORNIA LIFELINE
Tìm hiểu thêm tại
californialifeline.com



TRỢ GIÚP TRẢ HÓA ĐƠN

Hỗ trợ trả hóa đơn tiện ích và dịch vụ thích nghi thời tiết

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ NĂNG LƯỢNG CHO GIA ĐÌNH CÓ LỢI TỨC THẤP
1-866-675-6623

Xóa nợ cho các hóa đơn quá hạn của khách hàng cư dân hội đủ điều kiện chương trình CARE

CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ NỢ HÓA ĐƠN QUÁ HẠN
socalgas.com/Forgiveness
1-800-427-2200

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ HỖ TRỢ KHÁCH HÀNG:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Khiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259

(hiện chỉ có tiếng Anh và Tây Ban Nha)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2023 Southern California Gas Company. Các thương hiệu là tài sản của các chủ nhân tương ứng. Dành mọi bản quyền. Chương trình CARE được tài trợ bởi khách hàng dịch vụ tiện ích của California và được quản lý bởi Southern California Gas Company dưới sự bảo trợ của Ủy Ban Tiện Ích Công Cộng California. Các quỹ của chương trình sẽ được cung cấp theo thứ tự khách hàng nào đến trước cho đến khi hết ngân quỹ. Chương trình này có thể được sửa đổi hoặc chấm dứt mà không cần thông báo trước. SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT

2

Quý vị (hoặc ai đó trong gia đình) đã nhận được bất kỳ chương trình hỗ trợ nào sau đây?

- CÓ** (Nếu có, vui lòng tô (các) vòng tròn ●)
- Medi-Cal/Medicaid Dưới 65 tuổi
- Medi-Cal/Medicaid Từ 65 tuổi trở lên
- Medi-Cal cho Gia đình A & B
- Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)
- CalWORKs (TANF) hoặc TANF Bộ Lạc
- Hội Đủ Điều Kiện về Lợi Tức Head Start — Chỉ dành cho Bộ Lạc
- Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa
- CalFresh (Tem Thực Phẩm)
- Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)
- Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
- Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh

- KHÔNG** (Nếu không, lợi tức hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu trước khấu trừ, bao gồm 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 nhiều hơn \$80,560, điền số tiền lợi tức ở đây
\$, .00 mỗi năm.

2

(tiếp tục)

Vui lòng cho biết các nguồn lợi tức của quý vị:

- An Sinh Xã Hội
- SSP hoặc SSDI
- Tiền hưu trí
- Tiền lãi hoặc cổ tức từ khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí
- Tiền công và/hoặc tiền lương
- Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền giải quyết bảo hiểm hoặc pháp lý
- Tiền bồi thường khuyết tật hoặc bảo hiểm lao động
- Trợ cấp nuôi con hoặc cho vợ/chồng
- Học bổng, trợ cấp, hoặc viện trợ khác được sử dụng cho chi phí sinh hoạt
- Lợi tức cho thuê hoặc tiền bản quyền
- Tiền mặt, lợi tức khác hoặc lợi nhuận từ công việc tự do

3**Tuyên Bố, Vui lòng đọc và ký tên bên dưới.**

Tôi tuyên bố rằng thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về việc đủ điều kiện CARE nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu tôi không còn đủ điều kiện để nhận được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được giảm giá mà không đủ điều kiện được hưởng, tôi bắt buộc phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận được. Tôi cho phép SoCalGas chia sẻ thông tin của tôi để tôi tiếp tục đủ tiêu chuẩn được hưởng các chương trình trợ cấp quản lý năng lượng, giảm giá và biểu giá cho cư dân có sẵn với các công ty tiện ích khác, các cơ quan tiểu bang và các cơ quan được CPUC chỉ định.

CHỮ KÝ:

X

NGÀY:

 / /

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СКИДКИ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE

Программа California Alternate Rates for Energy (CARE) предоставляет правомочным заказчикам SoCalGas® 20-процентную скидку при оплате ежемесячного счета за природный газ. Скидка будет распространяться на ежемесячные счета, выставленные после даты утверждения заявления компанией SoCalGas.

Пожалуйста, направьте заполненное заявление одним из указанных ниже способов:

- 1) Посетите веб-сайт myaccount.socalgas.com или socalgas.com/CARE. Ваш запрос будет обработан немедленно.
- 2) Позвоните по тел. 1-866-716-3452 в любое время, 24 часа в сутки. Вы должны иметь под рукой номер своего счета.
- 3) Отправьте заполненный и подписанный бланк заявления по почте или по номеру факса (213) 244-4665.

Существует ДВА способа получения льгот:

Программы государственной помощи

Если вы или другой член вашей семьи получает пособия по любой из следующих программ:

Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal for Families A&B
Women, Infants & Children (WIC)
CalWORKs (TANF)¹ 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
Supplemental Security Income

¹Включает Welfare-To-Work

← ИЛИ →

Максимальный доход семьи

действует с 1 июня 2023 г. по 31 мая 2024 г.



Число членов семьи

1-2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840
8	\$101,120



Суммарный годовой доход*

Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$10,280
*Включает текущий доход семьи из всех источников без учета вычетов.

Условия участия:

- 1) Вы должны отвечать установленным требованиям, перечисленным в приведенной выше таблице.
- 2) Счет за природный газ должен быть выставлен на ваше имя, а в качестве адреса должен быть указан ваш основной адрес.
- 3) Вы не должны быть зарегистрированы в качестве иждивенца в налоговой декларации любого другого лица помимо вашего(ей) супруга(и).
- 4) Вы обязаны повторно подтвердить свое заявление по требованию.
- 5) Вы обязаны уведомить SoCalGas в течение 30 дней, если более не отвечаете установленным требованиям.
- 6) Вам может быть предложено подтвердить свое право участия в программе CARE.

Другие программы и службы, требованиям которых вы можете отвечать:



Помощь для вашего дома

Бесплатное улучшение оборудования дома в целях экономии энергии, выполняемое местными уполномоченными подрядчиками

Energy Savings Assistance Program

socalgas.com/Improvements
1-800-331-7593



Помощь с медицинским обслуживанием

Базовый медицинский льготный тариф
Программа предоставляет дополнительные количества природного газа по самому низкому базовому тарифу для лиц с отвечающими требованиям программы медицинскими состояниями.
socalgas.com/Medical
1-866-431-3517

Помощь с вашими счетами

Помощь с энергией для дома лицам с низкими доходами
Помощь при оплате счетов и услуги по утеплению
1-866-675-6623

План управления просроченными платежами

Обеспечивает отказ от взыскания платежей по просроченным счетам для отвечающих требованиям заказчиков
socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200



Помощь с вашим телефоном

California Lifeline
Услуги телефонной связи со скидкой для правомочных заказчиков

Для ознакомления с более подробной информацией свяжитесь с californialifeline.com

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
ФАКС: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545
Для лиц с нарушениями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259
(только на английском и испанском языках)

中文: 1-800-427-1429
Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СКИДКИ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE

Пожалуйста, заполняйте только темно-синими или черными чернилами

Пожалуйста, заполните бланк заявления и отправьте его по почте или факсом, или подайте заявление онлайн на веб-сайте socialgas.com/CARE.

Почтовый адрес: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 или отправьте факсом на номер: (213) 244-4665

НОМЕР СЧЕТА

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ ПЕРВЫЕ 10 ЦИФР НОМЕРА ВАШЕГО СЧЕТА.

ИМЯ ЗАКАЗЧИКА (ИМЯ И ФАМИЛИЯ, ТАК, КАК УКАЗАНО В ВАШЕМ СЧЕТЕ)

АДРЕС

КВ./ПОМЕЩЕНИЕ №

ГОРОД

ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН

1 Общее число членов вашей семьи (включая вас, других взрослых и детей):

- 1 2 3 4 5 6 Если более 6:

2 Являетесь ли вы (или кто-либо из членов вашей семьи) участниками любой из следующих программ помощи?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ДА (Если да, отметьте соответствующий(е) кружок(ки) ●) | <input type="radio"/> НЕТ (Если нет, чему равняется годовой доход семьи без вычетов, включая всех членов семьи?) |
| <input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid: возраст до 65 лет | <input type="radio"/> \$0 - \$39,440 |
| <input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid: 65 лет и старше | <input type="radio"/> \$39,441 - \$49,720 |
| <input type="radio"/> Medi-Cal for Families A&B | <input type="radio"/> \$49,721 - \$60,000 |
| <input type="radio"/> Women, Infants and Children Program (WIC) | <input type="radio"/> \$60,001 - \$70,280 |
| <input type="radio"/> CalWORKs (TANF) или Tribal TANF | <input type="radio"/> \$70,281 - \$80,560 |
| <input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Only | <input type="radio"/> Если более \$80,560, укажите величину в долларах здесь |
| <input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> .00 в год. |
| <input type="radio"/> CalFresh (Food Stamps) | Пожалуйста, укажите источники дохода |
| <input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP) | <input type="radio"/> Социальное обеспечение |
| <input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) | <input type="radio"/> SSP или SSDI |
| <input type="radio"/> Supplemental Security Income | <input type="radio"/> Пенсии |
| | <input type="radio"/> Проценты или дивиденды со сбережений, акций, облигаций или пенсионных счетов |
| | <input type="radio"/> Зарботная плата и/или жалование |
| | <input type="radio"/> Пособия по безработице |
| | <input type="radio"/> Страховые выплаты или выплаты по решению суда |
| | <input type="radio"/> Выплаты по инвалидности или компенсации рабочим |
| | <input type="radio"/> Поддержка со стороны супруга(и) или детей |
| | <input type="radio"/> Стипендии, гранты и другая помощь, используемые для оплаты расходов на проживание |
| | <input type="radio"/> Доход от аренды или роялти |
| | <input type="radio"/> Наличные, другие доходы или прибыль от индивидуального предпринимательства |

3 **Подтверждение.** Пожалуйста прочитайте и подпишите ниже.

Я заявляю, что предоставленная мной в этом заявлении информация является правильной и точной. Я обязуюсь предоставить свидетельства выполнения требований программы CARE по запросу. Я обязуюсь уведомить компанию SoCalGas в течение 30 дней в случае утраты мной права на получение скидки. Я понимаю, что в случае неправомерного получения скидки я буду обязан возратить полученную мной скидку. Я понимаю, что компания SoCalGas может передавать мою информацию другим коммунальным компаниям, государственным ведомствам и юридическим лицам, назначенным CPUC, для сохранения моего права на участие в доступных программах помощи в области энергетического менеджмента, снижения цен и жилищных тарифов.

ПОДПИСЬ: X

ДАТА: / /

© 2023 Southern California Gas Company. Товарные знаки являются собственностью их соответствующих владельцев. Все права сохранены.

Программа CARE финансируется за счет потребителей коммунальных услуг штата Калифорнии и проводится компанией Southern California Gas Company при содействии комиссии California Public Utilities Commission. Средства программы выделяются на условиях обслуживания в порядке поступления заявок и до тех пор, пока такие средства не будут исчерпаны. Программа может быть изменена или прекращена без предварительного уведомления.

Source Code: 9B
Form 6491 RU Meter: Residential

DESCUENTO DEL 20% SOLICITUD DE CARE

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) les ofrece a los clientes elegibles de SoCalGas® un 20% de descuento en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará a las facturas mensuales luego de la fecha en que SoCalGas haya aprobado la solicitud.

Por favor, envíe la solicitud completada por medio de alguno de los métodos mencionados a continuación:

- 1) Visite el sitio web myaccount.socalgas.com o socalgas.com/CAREparami. Su solicitud será procesada de manera instantánea.
- 2) Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento durante las 24 horas del día. Por favor, tenga su número de cuenta a mano.
- 3) Envíe el formulario completado y firmado por correo o fax al (213) 244-4665.



Hay DOS formas de cumplir con los requisitos:

Programas de asistencia pública	← ○ →	Ingreso máximo en el hogar																							
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:		en vigor del 1 de junio de 2023 al 31 de mayo de 2024																							
Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal for Families A&B Women, Infants & Children (WIC) CalWORKs (TANF) ¹ or Tribal TANF Head Start Income Eligible (solamente tribal) Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh (estampillas para comida) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income		<table><tr><td></td><td>1-2</td><td>\$39,440</td><td rowspan="8"></td></tr><tr><td rowspan="8">Número de personas en el hogar</td><td>3</td><td>\$49,720</td></tr><tr><td>4</td><td>\$60,000</td></tr><tr><td>5</td><td>\$70,280</td></tr><tr><td>6</td><td>\$80,560</td></tr><tr><td>7</td><td>\$90,840</td></tr><tr><td>8</td><td>\$101,120</td></tr><tr><td colspan="3">Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280</td></tr><tr><td colspan="3">*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.</td></tr></table>		1-2	\$39,440		Número de personas en el hogar	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120	Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280			*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.		
	1-2	\$39,440																							
Número de personas en el hogar	3	\$49,720																							
	4	\$60,000																							
	5	\$70,280																							
	6	\$80,560																							
	7	\$90,840																							
	8	\$101,120																							
	Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280																								
	*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.																								
¹ Incluye Welfare-To-Work																									

Condiciones para participar:

1) Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad presentes en la tabla de arriba. 2) La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. 3) No debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge. 4) Debe volver a certificar su solicitud siempre que se lo soliciten. 5) Debe notificar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no es elegible. 6) Es posible que le soliciten que verifique su elegibilidad para el programa CARE.

Otros programas y servicios para los que puede ser elegible:

 Ayuda para su hogar Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados.	Energy Savings Assistance Program	socalgas.com/Mejoras 1-800-331-7593
 Ayuda para necesidades médicas Asignación médica inicial ofrece gas natural adicional con el costo de tarifa más bajo, para condiciones médicas que califiquen. socalgas.com/Medico 1-866-431-3517	Ayuda con su factura Asistencia energética para hogares de bajos ingresos Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización 1-866-675-6623 Plano de administración de pagos atrasados Ofrece el perdón de facturas vencidas a clientes elegibles. 1-800-427-2200	Ayuda con su teléfono California Lifeline Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles Para más información, visite californialifeline.com

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

廣東話: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

FAX: (213) 244-4665

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



socalgas.com/es

1 (800) 342-4545



SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL 20% DE DESCUENTO

UTILICE SOLO TINTA DE COLOR AZUL OSCURO O NEGRO.

Complete y envíe esta solicitud por correo o fax, o envíela en línea a través del sitio web socalgas.com/CARE.

Envíela por correo a SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249, o por fax al (213) 244-4665.

NÚMERO DE CUENTA



PROPORCIONE LOS DIEZ PRIMEROS DÍGITOS DE SU NÚMERO DE CUENTA

NOMBRE DEL CLIENTE (NOMBRE Y APELLIDO TAL COMO APARECE EN SU FACTURA)

DIRECCIÓN

N.º DE APARTAMENTO/ESPACIO

CIUDAD

TELÉFONO PRINCIPAL

1

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

1

2

3

4

5

6

Si son más de 6 miembros:

2

¿Se encuentra inscrito(a) (o alguna persona de su hogar) en alguno de los siguientes programas de asistencia?

SÍ (Si su respuesta es sí, por favor, marque el o los círculos que correspondan ●)

Medi-Cal/Medicaid: menor de 65 años

Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más

Medi-Cal para familias A y B

Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o TANF Tribal

Ingresos que califican para el programa Head Start (sólo Tribal)

Oficina de Asuntos Indígenas (asistencia general)

CalFresh (cupones de alimentos)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP)

Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

NO (Si su respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de deducir los impuestos, incluyendo a todos los miembros de su hogar?)

\$0 - \$39,440

\$39,441 - \$49,720

\$49,721 - \$60,000

\$60,001 - \$70,280

\$70,281 - \$80,560

Si su ingreso es mayor que \$80,560, ingrese el monto en dólares aquí:

\$, .00 por año.

Por favor, marque sus fuentes de ingresos

Seguro Social

Programa Suplementario Estatal (State Supplementary Program, SSP) o Ingreso del Seguro Social por Incapacidad (Social Security Disability Income, SSDI)

Pensiones

Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación

Sueldos o salarios

Beneficios de desempleo

Seguro o acuerdos legales

Pagos por discapacidad o compensación del trabajador

Manutención conyugal o infantil

Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia

Ingresos por alquileres o regalías

Efectivo, otros ingresos o ganancias de trabajo independiente

3

Declaración. Por favor, lea y firme el texto que se presenta a continuación.

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar la prueba de elegibilidad a CARE si es necesario. Acepto informar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no reúno los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, se me exigirá que pague 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:

/ /







20% DISKWENTO APLIKASYON SA CARE

Nag-aalok ang programang California Alternate Rates for Energy (CARE) sa mga kwalipikadong customer ng SoCalGas® ng 20 porsyentong diskwento sa kanilang buwanang bayarin sa natural gas. Ilalapat ang diskwento sa mga buwanang bayarin pagkatapos ng petsa kung kailan naaprubahan ang aplikasyon ng SoCalGas.

Mangyaring magsumite ng nasagutang aplikasyon sa pamamagitan ng paggamit ng isa sa mga pamamaraang nakalista sa ibaba:

- 1) Bisitahin ang myaccount.socalgas.com o socalgas.com/CARE. Ipoproseso kaagad ang iyong kahilingan.
- 2) Tumawag sa 1-866-716-3452 anumang oras, 24 na oras sa isang araw. Pakihanda ang numero ng iyong account.
- 3) Ibalik ang nasagutan at nalagdaang form sa pamamagitan ng mail o fax sa (213) 244-4665.



May DALAWANG paraan para maging kwalipikado:

Mga programang tulong	← ○ →	Maximum na kita ng sambahayan																
Kung ikaw o sinupamang tao sa iyong sambahayan ay sumasal sa alinman sa mga programang ito: Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal for Families A&B Women, Infants & Children (WIC) CalWORKs (TANF) ¹ 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 Supplemental Security Income ¹ Kabilang ang Welfare-To-Work		may bisa simula Hunyo 1, 2023 hanggang Mayo 1, 2024 <table border="1"><tr><td rowspan="8"> Bilang ng mga tao sa sambahayan</td><td>1-2</td><td>\$39,440</td><td rowspan="8"> Kabuuang taunang kita*</td></tr><tr><td>3</td><td>\$49,720</td></tr><tr><td>4</td><td>\$60,000</td></tr><tr><td>5</td><td>\$70,280</td></tr><tr><td>6</td><td>\$80,560</td></tr><tr><td>7</td><td>\$90,840</td></tr><tr><td>8</td><td>\$101,120</td></tr></table> <p>Bawat karagdagang tao +\$10,280 <i>*Kasalukuyang kita ng sambahayan mula sa lahat ng pinagmumulan bago ang mga pagkakalatas.</i></p>	 Bilang ng mga tao sa sambahayan	1-2	\$39,440	 Kabuuang taunang kita*	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120
 Bilang ng mga tao sa sambahayan	1-2	\$39,440		 Kabuuang taunang kita*														
	3	\$49,720																
	4	\$60,000																
	5	\$70,280																
	6	\$80,560																
	7	\$90,840																
	8	\$101,120																

Mga kondisyon para sa paglahok:

- 1) Dapat mong matugunan ang mga pag-aatas sa kwalipikasyon sa talahanayan sa itaas.
- 2) Nakapangalan dapat sa iyo ang bayarin sa natural gas at pangunahing address mo dapat ang address.
- 3) Hindi ka dapat i-claim na dependent sa income tax return ng ibang tao maliban sa iyong asawa.
- 4) Dapat mong muling i-certify ang iyong aplikasyon kapag hiniling.
- 5) Dapat mong abisuhan ang SoCalGas sa loob ng 30 araw kung hindi ka na kwalipikado.
- 6) Maaaring hilingin sa iyong i-verify ang iyong pagiging kwalipikado para sa CARE.

Iba pang mga programa at serbisyo kung saan ka maaaring kwalipikado:

 Tulong para sa iyong tahanan Mga pagpapahusay sa tahanan na tipid sa enerhiya mula sa mga awtorisadong lokal na kontraktor nang walang gastos	Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593	
 Tulong para sa mga medikal na pangangailangan Allowance sa Medikal na Baseline Ang programa ay nagbibigay ng karagdagang natural gas sa pinakamababang rate ng baseline para sa magkukulipikang mga kondisyong medikal. socalgas.com/Medical 1-866-431-3517	Tulong sa iyong bayarin Tulong sa Enerhiya ng Tahanang Mababa ang Kita Tulong sa pagbabayad ng bayarin sa utilidad at mga serbisyo ng weatherization 1-866-675-6623 Plano para sa pangangasiwa ng halagang hindi pa nababayadan Nagbibigay ng kapatawaran sa bayaring hindi pa nababayadan para sa mga kwalipikadong kustomer socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200	Tulong sa iyong telepono California Lifeline Mga may diskwentong serbisyo sa telepono para sa mga kwalipikadong customer Dagdagan ang kaalaman sa californialifeline.com

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
FAX: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

May Kapansanan sa Pandinig (TDD/TTY): 1-800-252-0259

(available sa English at Spanish lang)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



20% DISKWENTO APLIKASYON SA CARE

Mangyaring gumamit lang ng dark blue o itim na tinta

Pakikumpleto at pakibalik ang aplikasyong ito sa pamamagitan ng mail, fax, o mag-apply online sa socialgas.com/CARE.

Ipadala sa: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 o I-fax sa: (213) 244-4665

NUMERO NG ACCOUNT

PAKIBIGAY ANG UNANG 10 NUMERO NG IYONG ACCOUNT.

PANGALAN NG CUSTOMER (PANGALAN AT APELYIDO KUNG PAANO ITO NAKASULAT SA IYONG BILL)

ADDRESS

APT/SPACE #

LUNGSOD

PANGUNAHING TELEPONO

1 Kabuuang bilang ng mga tao sa iyong sambahayan (kabilang ang iyong sarili, iba pang taong nasa hustong gulang, at mga bata):

1 2 3 4 5 6 Kung mahigit pa sa 6:

2 Ikaw ba (o ang sinuman sa iyong sambahayan) ay nakatala sa alinman sa mga sumusunod na programa ng tulong?

- OO (Kung oo, pakiitiman ang (mga) bilog ●)
- Medi-Cal/Medicaid: Wala pang 65 taong gulang
 - Medi-Cal/Medicaid: 65 o mas matanda pa
 - Medi-Cal for Families A&B
 - Women, Infants and Children Program (WIC)
 - CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
 - Head Start Income Eligible - Tribal Lang
 - Bureau of Indian Affairs General Assistance
 - CalFresh (Mga Food Stamp)
 - National School Lunch Program (NSLP)
 - Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
 - Supplemental Security Income
- HINDI (Kung hindi, ano ang iyong taunang kita ng sambahayan bago ang mga pagkakaltas, kabilang ang lahat ng miyembro ng sambahayan?)
- \$0 - \$39,440
 - \$39,441 - \$49,720
 - \$49,721 - \$60,000
 - \$60,001 - \$70,280
 - \$70,281 - \$80,560
 - Kung mahigit pa sa \$80,560, ilagay ang halaga sa dolyar dito
\$, .00 kada taon.
- Pakimarkahan ang iyong mga pinagkukunan ng kita
- Social Security
 - SSP o SSDI
 - Mga Pension
 - Interes o mga dividend mula sa savings, stocks, bonds, o mga retirement account
 - Mga suweldo at/o mga sahod
 - Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho
 - Mga insurance o legal settlement
 - Mga pagbabayad sa kapansanan o mga manggagawa
 - Suporta ng asawa o anak
 - Mga scholarship, grant, o iba pang tulong na ginagamit para sa mga pang-araw-araw na gastusin
 - Kita sa pagpapaupa o royalty
 - Cash, iba pang kita, o tubo mula sa self-employment

3 Pahayag, Pakibasa at lumagda sa ibaba.

Inihahayag ko na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo at tama. Pumapayag akong magbigay ng patunay ng pagiging kwalipikado sa CARE kung hihilingin ito sa akin. Sumasang-ayon akong ipaalam sa Southern California Gas Company (SoCalGas) sa loob ng 30 araw kung hindi na ako kwalipikadong makatanggap ng diskwento. Nauunawaan kong kung matatanggap ko ang diskwento nang hindi nagiging kwalipikado para dito, inaatasan akong bayaran ang diskwentong natanggap ko. Inaawtorisahan ko ang SoCalGas na bahagi ang impormasyon tungkol sa akin upang manatiling karapat-dapat para sa tulong sa pangangasiwa ng magagamit na enerhiya, pagbaba ng presyo at mga programang may kaugnayan sa mga pang-residensiyal na antas kasama ang iba pang mga utilidad, mga ahensiya ng estado at mga entidad na itinalaga ng CPUC.

LAGDA:

PETSA:

© 2023 Southern California Gas Company. Ang mga trademark ay pagmamay-ari ng mga kinauukulang may-ari ng mga ito. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

Ang programang CARE ay pinopondohan ng mga customer ng utility ng California at ibinigay ng Southern California Gas Company sa suporta ng California Public Utilities Commission. Ilalaan ang mga pondo ng programa batay sa kung sino ang mauuna hanggang maubos ang mga naturang pondo. Maaaring baguhin o wakasan ang programang ito nang walang paunang abiso.

Source Code: 9B
Form 6491 TG Metro: Residensiyal

ใบสมัครส่วนลด 20% โปรแกรม CARE

โปรแกรม California Alternate Rates for Energy (CARE) มอบส่วนลด 20 เปอร์เซ็นต์สำหรับค่าบริการก๊าซธรรมชาติรายเดือนให้กับลูกค้า SoCalGas® ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ส่วนลดจะถูกนำไปใช้กับค่าบริการรายเดือนโดยเริ่มจากวันที่ใบสมัครได้รับการอนุมัติจาก SoCalGas

โปรดส่งใบสมัครที่กรอกแล้วโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้:

- 1) ไปที่ myaccount.socalgas.com หรือ socalgas.com/CARE ค่าขอของคุณจะได้รับการดำเนินการทันที
- 2) Call 1-866-716-3452 ได้ทุกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง กรุณาเตรียมหมายเลขบัญชีของคุณให้พร้อม
- 3) ส่งแบบฟอร์มที่ กรอกข้อมูลครบถ้วนและลงนามแล้วมาทางไปรษณีย์หรือส่งโทรสารมาที่ (213) 244-4665

มีสองทางที่จะมีคุณสมบัติสมัครได้

โครงการสังคมสงเคราะห์

หากคุณหรือบุคคลอื่นในครัวเรือนของคุณได้รับประโยชน์จากโครงการใดโครงการหนึ่งดังต่อไปนี้:

- Medi-Cal/Medicaid
- Medi-Cal สำหรับครอบครัว A & B
- สตรี ทารก และเด็ก (WIC)
- CalWORKs (TANF)¹ / Tribal TANF
- Head Start Income Eligible — เฉพาะชนเผ่าเท่านั้น
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- CalFresh (แสดมปอาหาร)
- โครงการอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)
- โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย
- โครงการเงินช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงชีพ

¹ รวมถึงสวัสดิการสำหรับการทำงาน (Welfare-To-Work)

← หรือ →

รายได้ครัวเรือนขั้นสูงสุด

มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2023 ถึง 31 พฤษภาคม 2024

 จำนวนสมาชิก ในครัวเรือน	1-2	\$39,440	 รายได้รวม ต่อปี*
	3	\$49,720	
	4	\$60,000	
	5	\$70,280	
	6	\$80,560	
	7	\$90,840	
	8	\$101,120	

หากมีสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มเติม ให้เพิ่มอีกคนละ \$10,280
*รวมรายได้ครัวเรือนในปัจจุบันจากทุกแหล่งที่มาของรายได้ก่อนการหักลดหย่อนภาษี

เงื่อนไขสำหรับการเข้าร่วม:

1) คุณต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ในตารางด้านบน 2) ใบเรียกเก็บค่าบริการก๊าซธรรมชาติจะต้องอยู่ในชื่อของคุณและที่อยู่จะต้องเป็นที่อยู่หลักของคุณ 3) คุณจะต้องไม่ถูกอ้างสิทธิ์ว่าเป็นผู้ปกครองของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของคุณภายใต้การแสดงรายการภาษีใดๆ 4) คุณจะต้องยื่นใบสมัครเพื่อรับรองอีกครั้งหากได้รับการขอร้อง 5) คุณจะต้องแจ้งให้ SoCalGas ทราบภายใน 30 วัน หากคุณขาดจากการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการ 6) คุณอาจถูกขอร้องให้แสดงหลักฐานยืนยันว่าคุณมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการ CARE

โครงการและบริการอื่นๆที่คุณอาจมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์:

 โครงการการช่วยเหลือในเรื่องบ้าน ปรับปรุงบ้านเพื่อประหยัดพลังงานจากผู้ให้บริการท้องถิ่นที่ได้รับ อนุญาตโดยไม่มีค่าใช้จ่าย	Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593	
 โครงการให้ความช่วยเหลือในเรื่องความต้องการทางการแพทย์ เงินช่วยเหลือขั้นพื้นฐานทางด้านการแพทย์ รับก๊าซธรรมชาติเพิ่มเติมในราคาเฉลี่ยต่ำสุดสำหรับภาวะทางการแพทย์ที่คุณสมบัติเข้ารับสิทธิ์ socalgas.com/Medical 1-866-431-3517	โครงการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับใบเรียกเก็บค่าบริการครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย โครงการให้ความช่วยเหลือในด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย ความช่วยเหลือในการชำระใบเรียกเก็บค่าบริการและบริการปรับปรุงบ้านเพื่อประหยัดพลังงาน 1-866-675-6623 แผนการจัดการเงินค้างชำระ พื้นที่ค้างชำระค่าบริการสำหรับลูกค้าที่มีคุณสมบัติ socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200	ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับโทรศัพท์แคลิฟอร์เนียไลฟ์ไลน์ California Lifeline โครงการส่วนลดค่าบริการโทรศัพท์สำหรับผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ เรียนรู้เพิ่มเติมได้ที่ californialifeline.com

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

โทรสาร: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

สำหรับผู้ที่มีความพิการในการฟังหรือหูหนวกกรุณาติดต่อ (TDD/TTY): 1-800-252-0259
(เฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาสเปนเท่านั้น)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



GIẢM GIÁ 20% ĐƠN XIN CARE

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (CARE) cho phép những khách hàng đủ điều kiện của SoCalGas® được giảm giá 20% trên hóa đơn gas tự nhiên hàng tháng của họ. Khoản giảm giá này được áp dụng trên các hóa đơn gas hàng tháng sau khi đơn xin này được SoCalGas chấp thuận.

Vui lòng nộp đơn đã điền đầy đủ sử dụng một trong các cách thức dưới đây:

- 1) Ghé vào myaccount.socalgas.com or socalgas.com/CARE. Đơn của quý vị sẽ được duyệt xét nhanh chóng.
- 2) Gọi vào số 1-866-716-3452 bất kỳ lúc nào, 24 giờ một ngày. Vui lòng chuẩn bị sẵn số tài khoản của quý vị.
- 3) Gửi đơn đã điền đầy đủ và ký tên qua thư bưu điện hoặc gửi fax đến số (213) 244-4665.

Có HAI cách xét đủ điều kiện:

Chương trình trợ cấp

Nếu quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận phúc lợi từ bất kỳ các chương trình sau:

- Medi-Cal/Medicaid
- Medi-Cal cho Gia đình A & B
- Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)
- CalWORKs (TANF)¹ hoặc TANF Bộ Lạc
- Hội Đủ Điều Kiện về Lợi Tức Head Start (Chỉ dành cho Bộ Lạc)
- Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa
- CalFresh (Tem Thực Phẩm)
- Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)
- Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
- Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh

¹Bao gồm Welfare-to-Work

← HAY →

Lợi tức tối đa của gia đình

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

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

Mỗi người thêm vào +\$10,280
**Bao gồm lợi tức hiện tại từ tất cả các nguồn trước khi khấu trừ của gia đình.*

Điều kiện tham gia:

1) Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện trong bảng trên. 2) Hóa đơn gas phải có tên quý vị và địa chỉ phải là địa chỉ cư ngụ chính của quý vị. 3) Quý vị không được tuyên bố là người phụ thuộc trên bản khai thuế của người khác ngoài vợ/chồng của mình. 4) Quý vị phải tái xác nhận lại đơn xin của mình khi được yêu cầu. 5) Quý vị phải thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu mình không còn hội đủ điều kiện. 6) Quý vị có thể được yêu cầu xác minh hội đủ điều kiện chương trình CARE.

Các chương trình và dịch vụ khác mà quý vị có thể đủ điều kiện:

 Trợ giúp cho nhà của quý vị Cải thiện nhà tiết kiệm năng lượng miễn phí từ các nhà thầu địa phương được ủy quyền	Energy Savings Assistance Program	socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593
 Hỗ trợ các nhu cầu về y tế Định mức y tế căn bản Chương trình có thêm gas tự nhiên ở mức giá căn bản thấp nhất cho những người có bệnh trạng hội đủ điều kiện. socalgas.com/Medical 1-866-431-3517	Giúp trả hóa đơn Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp Hỗ trợ trả hóa đơn tiện ích và dịch vụ thích nghi thời tiết 1-866-675-6623 Chương Trình Quản Lý Nợ Hóa Đơn Quá Hạn Xóa nợ cho các hóa đơn quá hạn của khách hàng hội đủ điều kiện socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200	 Trợ giúp điện thoại California Lifeline Dịch vụ điện thoại giảm giá cho khách hàng đủ điều kiện Tìm hiểu thêm tại californialifeline.com

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
FAX: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545
Kiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (hiện chỉ có tiếng Anh và Tây Ban Nha)

中文: 1-800-427-1429

Tiếng Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



GIẢM GIÁ 20% ĐƠN XIN CARE

Vui lòng chỉ sử dụng mực xanh đậm hoặc mực đen

Vui lòng điền đầy đủ và gửi lại đơn này qua bưu điện, fax hoặc ghi danh trên mạng tại socialgas.com/CARE.

Gửi thư đến: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 hoặc Fax đến số (213) 244-4665

SỐ TÀI KHOẢN

VUI LÒNG CUNG CẤP 10 SỐ ĐẦU TIÊN CỦA SỐ TÀI KHOẢN CỦA QUÝ VỊ

TÊN KHÁCH HÀNG (HỌ VÀ TÊN GIỐNG NHƯ HIỂN THỊ TRÊN HÓA ĐƠN THANH TOÁN CỦA QUÝ VỊ)

ĐỊA CHỈ

CĂN HỘ/SPACE #

THÀNH PHỐ

SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH

1

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

1

2

3

4

5

6

Nếu hơn 6 người:

2

Quý vị (hoặc ai đó trong gia đình) đã nhận được bất kỳ chương trình hỗ trợ nào sau đây?

CÓ (Nếu có, vui lòng tô (các) vòng tròn ●)

Medi-Cal/Medicaid Dưới 65 tuổi

Medi-Cal/Medicaid Từ 65 tuổi trở lên

Medi-Cal cho Gia đình A & B

Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)

CalWORKs (TANF) hoặc TANF Bộ Lạc

Hội Đủ Điều Kiện về Lợi Tức Head Start (Chỉ dành cho Bộ Lạc)

Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa

CalFresh (Phiếu Thực Phẩm)

Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)

Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)

Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh

KHÔNG (Nếu không, lợi tức hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu trước khấu trừ, bao gồm 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 nhiều hơn \$80,560, điền số tiền lợi tức ở đây

\$, .00 mỗi năm.

Vui lòng cho biết các nguồn lợi tức của quý vị

An Sinh Xã Hội

SSP hoặc SSDI

Tiền hưu trí

Tiền lãi hoặc cổ tức từ khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí

Tiền công và/hoặc tiền lương

Trợ cấp thất nghiệp

Tiền giải quyết bảo hiểm hoặc pháp lý

Tiền bồi thường khuyết tật hoặc bảo hiểm lao động

Trợ cấp nuôi con hoặc cho vợ/chồng

Học bổng, trợ cấp, hoặc viện trợ khác được sử dụng cho chi phí sinh hoạt

Lợi tức cho thuê hoặc tiền bản quyền

Tiền mặt, lợi tức khác hoặc lợi nhuận từ công việc tự do

3

Tuyên Bố. Vui lòng đọc và ký tên bên dưới.

Tôi tuyên bố rằng thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về việc đủ điều kiện CARE nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu tôi không còn đủ điều kiện để nhận được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được giảm giá mà không đủ điều kiện được hưởng, tôi bắt buộc phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận được. Tôi cho phép SoCalGas chia sẻ thông tin của tôi để tôi tiếp tục đủ tiêu chuẩn được hưởng các chương trình trợ cấp quản lý năng lượng, giảm giá và biểu giá cho cư dân có sẵn với các công ty tiện ích khác, các cơ quan tiểu bang và các cơ quan được CPUC chỉ định.

CHỮ KÝ:

NGÀY: