

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	3	4	5	6	7	8	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"/> Заработная 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.

N23E071A
Form 6491 RU

Source Code: 9B
Meter: Residential