




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	← หรือ →	รายได้ครัวเรือนขั้นสูงสุด																
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)		มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2023 ถึง 31 พฤษภาคม 2024																
		<table><tbody><tr><td rowspan="8"> จำนวนสมาชิก ในครัวเรือน</td><td>1-2</td><td>\$39,440</td><td rowspan="8"> รายได้รวม ต่อปี*</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>	 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
 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 เงินช่วยเหลือขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ รับก๊าซธรรมชาติเพิ่มเติมในราคาเฉลี่ยต่ำสุดสำหรับภาวะทางการแพทย์ที่คุณสมบัติเข้ารับสิทธิ์ socalgas.com/Medical 1-866-431-3517	โครงการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับใบเรียกเก็บค่าบริการ โครงการให้ความช่วยเหลือในด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย ความช่วยเหลือในการชำระใบเรียกเก็บค่าบริการและบริการปรับปรุงบ้านเพื่อประหยัดพลังงาน 1-866-675-6623 แผนการจัดการเงินค้างชำระ ผันหนี้ค้างชำระค่าบริการสำหรับลูกค้าที่มีคุณสมบัติ socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200	ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับโทรศัพท์ แคลิฟอร์เนียไลฟ์ไลน์ 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



ใบสมัครส่วนลด 20% โครงการ CARE

กรุณาใช้หมึกสีน้ำเงินหรือสีดำเท่านั้น

โปรดกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและส่งกลับทางไปรษณีย์หรือโทรสาร หรือสมัครออนไลน์ได้ที่ socialgas.com/CARE

ส่งไปรษณีย์มาที่: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249

หรือส่งโทรสารมาที่ : (213) 244-4665

หมายเลขบัญชี

โปรดระบุหมายเลขบัญชีหลักแรกของคุณ

ชื่อลูกค้า (ชื่อและนามสกุลตามที่ระบุไว้ในใบเรียกเก็บค่าบริการของคุณ)

ที่อยู่

เลขที่อพาร์ทเมนต์/พื้นที่

เมือง

หมายเลขโทรศัพท์หลัก

1 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของคุณ (รวมถึงตัวเอง ผู้ใหญ่คนอื่นๆ และเด็กๆ):

1 2 3 4 5 6 หากมากกว่า 6:

2 คุณ (หรือสมาชิกในครัวเรือนของคุณ) เข้าร่วมในโครงการให้ความช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่

ใช่ (ถ้าใช่ โปรดระบายในวงกลม ●)

Medi-Cal/Medicaid อายุต่ำกว่า 65 ปี

Medi-Cal/Medicaid อายุ 65 ปี ขึ้นไป

Medi-Cal สำหรับครอบครัว A&B

โครงการสตรีทารก และเด็ก (WIC)

CalWORKs (TANF) / Tribal TANF

Head Start Income Eligible — เฉพาะชนเผ่าเท่านั้น

Bureau of Indian Affairs General Assistance

CalFresh (แสดมปีอาหาร)

โครงการอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)

โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย (LIHEAP)

โครงการเงินช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงชีพ

ไม่ (หากไม่ คุณมีรายได้ครัวเรือนต่อปีเป็นจำนวนเท่าใดก่อนการหักลดหย่อนภาษี โดยรวมถึงรายได้ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือน

\$0 - \$39,440

\$39,441 - \$49,720

\$49,721 - \$60,000

\$60,001 - \$70,280

\$70,281 - \$80,560

หากมากกว่า \$80,560 โปรดระบุจำนวนเงินดอลลาร์ที่ขึ้น

\$, .00 ต่อปี

โปรดระบุแหล่งที่มาของรายได้ของคุณ

เงินประกันสังคม

SSP หรือ SSDI

เงินบำนาญ

ดอกเบี้ยหรือเงินปันผลจากบัญชีออมทรัพย์ ทุน พันธบัตร หรือบัญชีสำหรับผู้เกษียณ

ค่าจ้าง และ/หรือ เงินเดือน

เงินชดเชยการว่างงาน

เงินประกันหรือเงินที่ได้จากการตกลงยอมรับคดีความ

เงินชดเชยทุพพลภาพหรือเงินชดเชยแรงงาน

เงินช่วยเหลือคู่สมรสหรือบุตร

ทุนการศึกษา เงินอุดหนุน หรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ใช้สำหรับค่าครองชีพ

ค่าเช่าหรือรายได้จากค่าลิขสิทธิ์

เงินสด รายได้อื่นๆ หรือกำไรจากอาชีพอิสระ

3 คำประกาศ โปรดอ่านและลงนามด้านล่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารใบสมัครฉบับนี้ถูกต้องและเป็นความจริง หากมีการร้องขอ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะแสดงหลักฐานยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์เข้าร่วมโปรแกรม CARE ข้าพเจ้าตกลงว่าจะแจ้ง SoCalGas ภายใน 30 วันหากข้าพเจ้าขาดจากการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการได้รับส่วนลด ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าได้รับส่วนลดโดยปราศจากคุณสมบัติที่เหมาะสม ข้าพเจ้าจะต้องจ่ายคืนเงินส่วนที่ข้าพเจ้าได้รับไปแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่า SoCalGas สามารถแบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้าให้กับเจ้าหน้าที่หรือบริษัทสาธารณูปโภคอื่นๆ เพื่อที่จะทะเบียนข้าพเจ้าเข้าในโปรแกรมให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่กำหนดไว้จาก CPUC

ลายมือชื่อ:

วันที่: / /