

# 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](https://myaccount.socalgas.com) 或 [socalgas.com/CARE](https://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)<sup>1</sup>/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

<sup>1</sup>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](https://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](https://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](https://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](https://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 N23E077B 0423

# CARE 申請

## 20% 折扣

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](http://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。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**客戶姓名 (帳單上顯示的姓名)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**地址**

**公寓/空間號碼**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**城市**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**主要電話號碼**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

**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：

 /  /