



캘리포니아 에너지 대체 요금 신청서

Southern California Gas Company(SoCalGas®)의 캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 적격 가구의 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 제공합니다. 자격을 갖추고 또한 가스 서비스를 새로 시작한 후 90 일 내에 승인을 받은 사람은 가스 개설료에 대해 \$15 할인을 받습니다. 귀하의 작성되고 서명된 신청서를 SoCalGas에서 승인하면 할인이 적용될 것입니다.

CARE 할인 수혜 자격을 충족시키는 가지 방법이 있습니다:

공공 지원 프로그램:
<p>귀하나 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:</p> <p>메디케이드 (Medicaid / Medi-Cal), 건강한 가족 유형 A 및 B (Medi-Cal for Families A&B), 여성, 유아 및 어린이 (WIC), CalWORKs (TANF), 또는 부족 TANF, 헤드 스타트 소득 자격 (Head Start - Income Eligible) (인디언 부족만 해당), 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance), CalFresh (푸드 스탬프), 학교 점심 프로그램 (National School Lunch Program), 저소득 주택 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP), 추가 사회보장 수입 (SSI)</p>

또는

최대 가구 소득*: (2014. 6. 1 부터 2015. 5. 31 까지 유효) *세액 공제전 가구의 현재 총소득	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$31,460
3	\$39,580
4	\$47,700
5	\$55,820
6	\$63,940
7	\$72,060
8	\$80,180
각 추가 사용자	+\$8,120

참여 조건

가스 청구서는 귀하의 이름으로 되어 있어야 하며 주소는 귀하의 집 주소이어야 합니다. / 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다. / 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다. / 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30 일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다. / CARE 에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

Energy Savings Assistance Program – 천장 단열, 문 통풍 마개 처리, 코킹 및 경미한 주택 수리와 같은 에너지 절약 주택 개량공사를 무료로 제공합니다.



자세한 내용은 1-800-427-0471 번으로 문의하십시오.

Medical Baseline (의료 저율요금) – 특정한 의학적 상태에 처한 고객들에게 저렴한 요금으로 추가 할당량의 가스를 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-427-0471 번으로 문의하십시오.

LIHEAP – 저소득자 주택 에너지 지원 프로그램인 LIHEAP 는 청구금액 지원, 긴급 요금 지원 및 내후 단열 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 캘리포니아 지역사회 서비스 개발부로 문의하십시오.

California Lifeline (캘리포니아 라이프라인) – CARE 와 유사한 소득 기준을 충족시키는 고객들을 위한 할인 전화 이용. 자세한 내용은 현지의 전화회사에 문의하십시오.

고객 지원에 대한 추가 사항은 다음 번호로 문의하십시오:

- 영어: 1-800-427-2200 북경어: 1-800-427-1429 스페인어: 1-800-342-4545
- 한국어: 1-800-427-0471 광둥어: 1-800-427-1420 월남어: 1-800-427-0478
- 청각 장애자(TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)
- Fax: (213) 244-4665



CARE 20% 요금 할인 신청서

정확히 처리되도록 하기 위해 진한 펜을 사용하여 분명히 인쇄체로 기입
동그라미에 바르게 표시하는 방법: ●

Form 6491-E KO (06/14)

CARE PROGRAM ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

1

고객 이름:

주소:

구좌 번호:

주택 전화번호:

이메일 주소:

○ 본인은 더 이상 자격이 없거나 CARE에 참여하기를 원치 않습니다. 본인의 구좌를 CARE 프로그램에서 삭제하십시오.
←이 동그라미(●) 안을 채운 경우, 직접 3 번으로 가서 하단에 서명하여 이 양식을 제공된 우송료 선불 봉투에 넣어 90 일 내에 우송하십시오.

2

귀 가구의 총 식구 수: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 만약 6 개 이상:

귀하(또는 식구 중 누군가)는 다음 보조 프로그램에 등록되었습니까?

○ 예 (예인 경우 참여 프로그램에 질문으로 가십시오.)▼

- Medi-Cal / 메디케이드(Medicaid): 65 세 미만
- Medi-Cal / 메디케이드(Medicaid): 65 세 이상
- 가정 건강 유형 (Medi-Cal for families) A & B
- 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC)
- CalWORKs (TANF) 또는 인디언 부족 TANF
- CalFresh (푸드 스탬프)
- 저소득자 주택 에너지 지원 프로그램인 (LIHEAP)
- 보조 사회보장 수입 (SSI)
- 학교 점심 프로그램(National School Lunch Program)
- 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance)
- 헤드 스타트 소득 자격(Head Start Income Eligible) (인디언 부족만 해당)

○ 아니오

귀하의 연간 소득은 얼마입니까 (공제전, 모든 가족의 소득 포함)?

- \$0 - \$31,460
- \$31,461 - \$39,580
- \$39,581 - \$47,700
- \$47,701 - \$55,820
- \$55,821 - \$63,940

○ \$63,940 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간\$, , .00

귀하의 소득원에 표시하십시오: ▼

- 사회보장금
- SSP 또는 SSDI
- 연금
- 저축, 주식, 채권, 또는 은퇴 구좌로 부터의 이자 또는 배당금
- 임금 그리고/또는 자영업 수익
- 실업 혜택
- 보험금 또는 법적 타협금
- 장애 또는 산재 보상금
- 배우자 또는 자녀 부양비
- 장학금, 수여금, 또는 기타 생활 보조금
- 임대료나 로열티 소득
- 현금 또는 기타 소득

3

다음 사항에 동의하십니까? 아래 사항을 읽고 서명하십시오.

본 신청서에서 제시한 정보가 정확한 사실임을 진술합니다. 본인은 요청 받을 경우 CARE 수혜 자격 증거자료를 제출하기로 동의하였습니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 SoCalGas에 통보함에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. SoCalGas에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명:

날짜: / /