



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ В РАЗМЕРЕ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE

Программа штата Калифорния под названием Альтернативные тарифные ставки за пользование электроэнергией (California Alternate Rates for Energy, (CARE)) предлагаемая компанией Southern California Gas Company (SoCalGas®) предоставляет льготу в виде снижения оплаты счета за газ на 20% ежемесячно для семей, соответствующих установленным требованиям. Те семья, которые отвечают условиям программы и получили право на участие в ней, в течение 90 дней с начала получения новых услуг газоснабжения также получают льготу в виде снижения Сбора за установку услуг (Service Establishment Charge) на \$15. Льгота будет предоставлена после того, как ваше заполненное и подписанное заявление будет одобрено компанией SoCalGas.

Пожалуйста, заполните и верните заявление по почте либо заполните его онлайн на вебсайте socialgas.com (разделе "CARE")

КАК УЗНАТЬ ОТВЕЧАЕТЕ ЛИ ВЫ УСЛОВИЯМ ЛЬГОТНОЙ ПРОГРАММЫ CARE:

| ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ: |
|--|
| Если вы или кто-либо из проживающих с вами членов семьи получает льготы по одной из следующих программ: |
| Medicaid или Medi-Cal Medi-Cal для семей категорий А и В Women, Infants, & Children (WIC) CalWORKs (TANF) или Tribal TANF Head Start Income Eligible - Только для коренного населения США Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh (Food Stamps) (Продовольственные талоны) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income (SSI) |

ИЛИ

| МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ*: (Действительно с 1 июня 2014 года по 31 мая 2015) *семейный доход в настоящий момент из всех источников без учета отчислений | |
|---|---------------------|
| Кол-во членов семьи | Общий годовой доход |
| 1-2 | \$31,460 |
| 3 | \$39,580 |
| 4 | \$47,700 |
| 5 | \$55,820 |
| 6 | \$63,940 |
| 7 | \$72,060 |
| 8 | \$80,180 |
| На каждого дополнительного члена семьи добавьте | +\$8,120 |

УСЛОВИЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

Счет за газ должен быть оформлен на ваше имя и приходиться на ваш основной адрес. / Вы не должны быть оформлены иждивенцем в налоговой декларации какого-либо другого лица за исключением вашего супруга (супруги). / Вы должны удостоверить повторно ваше заявление по требованию. / Вы обязаны уведомить компанию SoCalGas в течение 30 дней, если вы больше не соответствуете требованиям программы. / От вас может потребоваться подтверждение того, что вы соответствуете установленным требованиям участия в программе CARE.

ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ И УСЛУГИ, НА КОТОРЫЕ ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО:

Energy Savings Assistance Program: Предлагает отвечающим требованиям участия в программе домовладельцам и лицам, арендующим жилье бесплатное энергосберегающее обустройство дома, например теплоизоляцию потолков, уплотнение дверных швов, заделку стыков, а также небольшие ремонтные работы. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, звоните по телефону 1-800-331-7593.

Energy Savings
.....
Assistance Program

Medical Baseline: Предоставляет дополнительные льготы на газ по более низкому тарифу для клиентов с определенными медицинскими показаниями. Для получения дополнительной информации звоните по телефону 1-800-427-2200.

LINEAR: Энергетическая программа социальной помощи малообеспеченным семьям (Low Income Home Energy Assistance Program) предоставляет помощь в оплате счетов за бытовые услуги, оплате счетов при аварийных ситуациях и необходимых строительных работ с учетом климатических особенностей района. Позвоните в Отдел бытового обслуживания и развития штата Калифорния (California Dept. of Community Services and Development) по телефону 1-866-675-6623.

California Lifeline: Использование телефона по сниженным тарифам для клиентов, соответствующим требованиям похожим на условия программы CARE. Для получения дополнительной информации об этой услуге, пожалуйста обратитесь к вашему местному поставщику телефонных услуг.

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОТДЕЛ ПОМОЩИ КЛИЕНТАМ
ПО ТЕЛЕФОНУ: 1-888-427-1345 или ФАКСУ: (213) 244-4665**

С потерями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (только на английском и испанском языках)



Заявление на получение льгот в размере 20% по программе CARE

Form 6491-E RU (06/14)

Пожалуйста, используйте **ТЕМНЫЕ** чернила и пишите разборчиво, для обеспечения точной обработки заявки
Правильный способ закрашивания кружков: ●

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



1

Имя и фамилия клиента (так как это указано на вашем счете):

Домашний адрес (улица, город, индекс):

Номер счета:

Номер телефона: () -

Адрес электронной почты:

2

Общее число детей и взрослых членов семьи, проживающих с вами : 1 2 3 4 5 6 Если больше 6:

Получаете ли вы (или кто-либо из проживающих с вами членов семьи) льготы по любой из следующих программ социальной помощи?

ДА (Если да, укажите соответствующую(ие) программу(ы)) ▼

| | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: младше 65 лет | <input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) |
| <input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 лет и старше | <input type="radio"/> Supplemental Security Income (SSI) |
| <input type="radio"/> Medi-Cal для семей категорий А и В | <input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP) |
| <input type="radio"/> Women, Infants, and Children Program (WIC) | <input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="radio"/> CalWORKs (TANF) или Tribal TANF | <input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Только для коренного населения США |
| <input type="radio"/> CalFresh (Food Stamps) (Продовольственные талоны) | |

НЕТ

Укажите доход вашей семьи в год (без учета отчислений, включая доходы всех членов семьи, проживающих с вами). ▼

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

Если больше \$63,940, то укажите сумму здесь: \$.00 в год

Пожалуйста, укажите источники вашего дохода: ▼

| | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Social Security (Социальное пособие) | <input type="radio"/> Зарплата и/или доход от инд. предпр. деятельности | <input type="radio"/> Пособие на супруга (супругу) или алименты на ребенка |
| <input type="radio"/> SSP или SSDI | <input type="radio"/> Пособие по безработице | <input type="radio"/> Стипендии, гранты или иные компенсации на проживание |
| <input type="radio"/> Пенсии | <input type="radio"/> Страховые выплаты или выплаты по искам | <input type="radio"/> Доходы от аренды или гонорары |
| <input type="radio"/> Процентный доход или дивиденды: сберегательные счета, акции, облигации или пенсионные счета | <input type="radio"/> Пособие по инвалидности или компенсации за травмы на работе | <input type="radio"/> Наличные деньги или другая прибыль |

3

Согласны ли вы со следующим? Пожалуйста, прочтите и распишитесь.

Я заявляю, что информация, которую я представил(а) в данном заявлении, является достоверной и правильной. Я даю свое согласие при необходимости предоставить подтверждение моего права на участие в программе CARE. Я обязуюсь уведомить компанию SoCalGas, если я не стану соответствовать требованиям, необходимым для получения льгот. В том случае, если я продолжу получать скидку, не соответствуя необходимым на то требованиям, от меня могут потребовать вернуть полученную скидку. Я отдаю себе отчет в том, что компания SoCalGas может передавать мою личную информацию другим поставщикам бытовых услуг или их представителям с целью моей последующей регистрации в их программах социальной помощи.

Подпись: _____ Дата: / /