



A Sempra Energy utility

ПОМОЩЬ ЗАКАЗЧИКУ

СКИДКА 20 %

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ВСТУПЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ CARE

Посредством программы «Альтернативные тарифы на энергоносители в Калифорнии» (California Alternate Rates for Energy, CARE) SoCalGas® предлагает скидку 20% от суммы месячного счета за газ потребителям, соответствующим предъявляемым требованиям. Соответствующие предъявляемым требованиям потребители, получившие одобрение в течение 90 дней после начала нового газового обслуживания, также получают скидку 15 долл. США от взноса установления обслуживания. Скидка применяется к месячному счету за газ, следующему после даты одобрения заявления SoCalGas. Если вы являетесь арендатором помещения, то уведомление о том, получили ли вы одобрение скидки, будет направлено собственнику/управляющему помещению.

Заполните следующее заявление и отправьте его нам по почте, факсу, либо заполните онлайн-заявку на сайте socialgas.com (поисковый запрос «CARE»).

ПОПАСТЬ В ПРОГРАММУ МОЖНО ДВУМЯ СПОСОБАМИ

| ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Если вы или кто-нибудь из членов вашей семьи получает льготы любой из следующих программ | МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ: (действует с 1 июня 2015 г. по 31 мая 2016 г.) | |
|--|---|----------------------|
| | Количество членов семьи | Общий годовой доход* |
| Medi-Cal/Medicaid | 1-2 | \$31,860 |
| Medi-Cal for Families A & B | 3 | \$40,180 |
| Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women Infant and Children Program, WIC) | 4 | \$48,500 |
| CalWORKs (TANF) ¹ / TANF для коренного населения | 5 | \$56,820 |
| Head Start Income Eligible — только для коренного населения | 6 | \$65,140 |
| Общая помощь Бюро по делам индейцев | 7 | \$73,460 |
| CalFresh (продовольственные талоны) | 8 | \$81,780 |
| Национальная программа обеспечения школьными обедами (National School Lunch Program, NSLP) | Добавьте 8,320 долл. для каждого дополнительного члена семьи | |
| Программа помощи по оплате энергии потребителям с низкими доходами (Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) | *Включая текущий доход вашей семьи из всех источников без учета вычетов. | |
| Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI) | | |

←ИЛИ→

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ

¹Включая льготы по программе «От социального обеспечения к труду»

- 1) Счет на природный газ должен быть выписан на ваше имя, а адрес должен быть адресом вашего преимущественного места жительства.
- 2) Вы не должны быть заявлены как иждивенец в налоговом заявлении другого лица, за исключением вашего супруга(супруги).
- 3) Вы обязаны повторно удостоверить свое заявление по требованию.
- 4) Если вы больше не соответствуете требованиям программы, вы обязаны уведомить SoCalGas в течение 30 дней.
- 5) У вас могут потребовать доказательств того, что вы соответствуете требованиям к участию в программе CARE.

ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ И УСЛУГИ, НА КОТОРЫЕ ВЫ МОЖЕТЕ ПРЕТЕНДОВАТЬ:

Energy Savings Assistance Program: Предлагает бесплатные бытовые усовершенствования, позволяющие сэкономить на коммунальных платежах, например, теплоизоляция чердака, душевые лейки с низким расходом, азраторы для смесителей, уплотнение дверей, уплотнение стыков и пр., соответствующим требованиям владельцам и арендаторам жилья с допустимым доходом. Более подробную информацию можно получить по телефону 1-800-331-7593.

Energy Savings Assistance Program™

Medical Baseline: обеспечивает дополнительную квоту газа по сниженному тарифу для потребителей с определенными медицинскими показаниями. Для получения более подробной информации позвоните по телефону 1-800-427-2200.

Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): оказывает помощь с оплатой счетов, экстренную помощь с оплатой счетов, а также услуги по утеплению. Позвоните в Департамент социального обеспечения и развития штата Калифорния по телефону 1-866-675-6623.

California Lifeline: Скидки на оплату телефона для лиц, соответствующих требованиям, схожим с требованиями программы CARE. Для получения дополнительной информации обращайтесь к местному поставщику услуг телефонии.

ПОЛУЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ:

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1429

中文: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

Việt: 1-800-427-0478

FAX: (213) 244-4665

Линия для людей с нарушениями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (только на английском и испанском языках)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ 20% СКИДКИ ПО ПРОГРАММЕ CARE

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНЯЙТЕ ТОЛЬКО СИНЕЙ ИЛИ ЧЁРНОЙ ПАСТОЙ

Заполните заявление и отправьте его нам по почте, факсу, либо заполните онлайн-заявку на сайте **socalgas.com** (поисковый запрос «CARE»).

По почте: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 или **По факсу:** (213) 244-4665

№ СЧЕТА/НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ № ВАШЕГО СЧЕТА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ЧТОБЫ УСКОРИТЬ ОБРАБОТКУ ДАННЫХ.

ФИО ПОТРЕБИТЕЛЯ (ИМЯ И ФАМИЛИЯ, КАК ОНИ УКАЗАНЫ В СЧЕТЕ)

АДРЕС

КВ./КОМН. №

ОРОД

ДОМАШН. ТЕЛ.

EMAIL

1 Общее количество членов вашей семьи (включая вас, других взрослых и детей)

- 1 2 3 4 5 6 Если больше 6:

2 Вы (или кто-либо из членов вашей семьи) являетесь участником какой-либо из следующих программ помощи?

- ДА** (Если да, пожалуйста, закрасьте соответствующие кружки)
- Medi-Cal/Medicaid: Младше 65 лет
 - Medi-Cal/Medicaid: старше 65 лет
 - Medi-Cal for Families A&B
 - Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women Infant and Children Program, WIC):
 - CalWORKs (TANF)1 / TANF для коренного населения
 - Head Start Income Eligible — только для коренного населения
 - Общая помощь Бюро по делам индейцев
 - CalFresh (продовольственные талоны)
 - Национальная программа обеспечения школьными обедами (National School Lunch Program, NSLP)
 - Программа помощи по оплате энергии потребителям с низкими доходами (LIHEAP)
 - Supplemental Security Income (SSI)
- НЕТ** Если нет, сколько составляет ваш годовой доход (без учета вычетов, включая всех членов семьи)?
- \$0 – \$31,860
 - \$31,861 – \$40,180
 - \$40,181 – \$48,500
 - \$48,501 – \$56,820
 - \$56,821 – \$65,140
 - Если больше 65,140, укажите сумму в долларах США здесь
\$, .00 в год.
- Отметьте источники дохода
- Социальное обеспечение
 - SSP или SSDI
 - Пенсии
 - Проценты или дивиденды от сбережений, акций, облигаций или пенсионных счетов
 - Зарплата и/или доходы от предпринимательской деятельности
 - Пособие по безработице
 - Страховка или доходы от юридического урегулирования
 - Пособие по инвалидности или выплаты по страховке от несчастного случая на рабочем месте
 - Алименты
 - Стипендия, гранты или другая материальная помощь, используемая для оплаты проживания
 - Рента или авторские отчисления
 - Наличные выплаты или прочие доходы

3 Заявление Прочитайте следующую информацию и поставьте под ней свою подпись.

Я заявляю, что информация, указанная мной в данном заявлении, является верной и точной. По запросу я согласен (согласна) подтвердить свое соответствие требованиям программы CARE. Если я перестану соответствовать требованиям на получение скидки, я согласен (согласна) уведомить об этом Southern California Gas Company (SoCalGas). Я понимаю, что в случае получения скидки, не имея на нее права, мне, возможно, придется выплатить ее обратно. Я понимаю, что компания SoCalGas может передать мою информацию другим коммунальным службам или агентам, чтобы включить меня в их программы помощи.

ПОДПИСЬ:

X

ДАТА:

/ /