



A Sempra Energy utility

TULONG SA KUSTOMER

20% DISKWENTO
APLIKASYON SA CARE

Sa pamamagitan ng programang California Alternate Rates for Energy (CARE), ang SoCalGas® ay nagbibigay ng isang 20% diskwento sa mga karapat-dapat na kustomer sa kanilang buwanang bill ng gas. Ang mga karapat-dapat na kustomer na naaprubahan sa loob ng 90 araw pagkatapos na makapagsimula sa isang bagong serbisyo ng gas ay tatanggap din ng isang \$15 diskwento sa Service Establishment Charge. Ang diskwento ay gagamitin sa buwanang bill ng gas kasunod ng petsa na ang aplikasyon ay inaprubahan ng SoCalGas. Kung kayo ay isang submetered tenant, ang may-ari/manager ng inyong ari-arian ay pasasabihan kung kayo ba ay naaprubahan o hindi na makatanggap ng diskwento.

Kumpletuhin po at ibalik ang sumusunod na aplikasyon sa pamamagitan ng koreo, fax, o mag-apply nang online sa socialgas.com (Search "CARE").

MAYDALAWANGPARAAN UPANG MAKWALIPIKA

MGA PROGRAMANG TULONG SA PUBLIKO Kung kayo o ang isa pang tao sa inyong sambahayan ay tumatanggap ng mga benepisyo mula sa alinman sa mga sumusunod na programa:	PINAMAKATAAS NA KITA NG SAMBAHAYAN (may bisa mula Hunyo 1, 2015 hanggang Mayo 31, 2016)	
	Dami ng Tao sa Sambahayan	Kabuuang Taunang Kita*
Medi-Cal/Medicaid	1-2	\$31,860
Medi-Cal para sa mga pamilyang A at B	3	\$40,180
Mga Babae, Sanggol, at Mga Bata (WIC)	4	\$48,500
CalWORKs (TANF) ¹ / Tribal TANF	5	\$56,820
Head Start Income Eligible – Tribal Lamang	6	\$65,140
Bureau of Indian Affairs General Assistance	7	\$73,460
CalFresh (Mga Stamp ng Pagkain)	8	\$81,780
National School Lunch Program (NSLP)		
Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)		
Supplemental Security Income (SSI)		

¹Kasama ang Welfare-to-Work

MGA KONDISYON PARA MAKASALI

1) Ang bill ng gas ay dapat na nasa inyong pangalan at ang address ay dapat na nasa inyong pangunahing address. 2) Hindi kayo dapat na inakong isang umaasa sa income tax return ng ibang tao na iba pa sa inyong asawa. 3) Kailangang sertipikahan ninyong muli ang inyong aplikasyon kapag hiniling. 4) Kailangang pasabihan ninyo ang SoCalGas sa loob ng 30 araw kung hindi na kayo kwalipikado. 5) Maaring hingin sa inyo na berepikahin ang inyong pagkakarapat-dapat sa CARE.

IBA PANG MGA PROGRAMA AT SERBISYO KUNG SAAN KAYO AY MAAARING MAGING KWALIPIKADO:

Energy Savings Assistance Program: Nagbibigay ng walang gastos at matipid sa kuryenteng pagpapaganda ng bahay tulad ng pagkakaroon ng insulasyon sa attic, mga showerhead na hindi masyadong malakas ang patak ng tubig, mga aerator ng gripo, weather-stripping ng pinto, caulking at maliliit na pagkukumpuni ng tahanan sa mga karapat-dapat na mga may-ari ng tahanan at mga umuupa na kwalipikado ang kita. Para sa karagdagang impormasyon, tumawag po sa 1-800-331-7593.



Medical Baseline: Nagbibigay ng dagdag na allowance sa gas sa mas mababang rate sa mga kustomer na may mga partikular na kondisyong medikal. Para sa karagdagang impormasyon, tumawag po sa 1-800-427-2200.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): ay nagbibigay ng tulong sa pagbabayad ng bill, ng tulong para sa bill na pang-emergency at mga serbisyong pang-weatherization. Tumawag sa California Dept. of Community Services and Development sa 1-866-675-6623.

California Lifeline: Isang may diskwentong access sa telepono para sa mga kustomer na nakatugon sa mga katulad na pamantayan ng CARE sa kita. Para sa karagdagang impormasyon, kontakin ang inyong lokal na service provider ng telepono.

PARA SA KARAGDAGANG IMPORMASYON TUNGKOL SA TULONG SA KUSTOMER:

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
May Problema sa Pandinig (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (nasa English at Español lamang)

20% DISKWENTO APLIKASYON SA CARE

GUMAMIT PO NG TINTANG MATINGKAD NA ASUL O ITIM LAMANG

Kumpletuhin po at ibalik ang sumusunod na aplikasyon sa pamamagitan ng koreo, fax, o mag-apply nang online sa **socalgas.com** (Search "CARE").

Ipadala sa koreo sa: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 o **Mag-fax sa:** (213) 244-4665

ACCOUNT NUMBER/FACILITY I.D.

IBIGAY PO ANG INYONG ACCOUNT NUMBER O FACILITY I.D. UPANG MAPABILIS ANG PAGPOPROSESO.

PANGALAN NG KUSTOMER (PANGALAN AT APELYIDO AYON SA KUNG ANO ANG NAKIKITA SA INYONG BILL)

ADDRESS

APT/SPACE #

LUNGSOD

TELEPONO SA BAHAY

EMAIL

1

Kabuuang dami ng mga tao sa inyong sambahayan (kasama ang inyong sarili, iba pang mga nasa hustong gulang na, at mga bata):

- 1 2 3 4 5 6 Kung higit pa sa 6:

2

Kayo ba (o ang isang tao sa inyong sambahayan) ay nagpatala na sa alinman sa mga sumusunod na programang tulong?

- OO** (Kung oo, itiman po ang bilog (mga bilog))
- Medi-Cal/Medicaid: Wala pang 65 taon
 - Medi-Cal/Medicaid: 65 o mas matanda
 - Medi-Cal para sa mga pamilyang A at B
 - Programa para sa mga Babae, Sanggol, at Mga Bata (WIC)
 - CalWORKs (TANF) o Tribal TANF
 - Head Start Income Eligible - Tribal Lamang
 - Bureau of Indian Affairs General Assistance
 - CalFresh (Mga Stamp ng Pagkain)
 - National School Lunch Program (NSLP)
 - Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
 - Supplemental Security Income (SSI)
- HINDI** Kung hindi, ano ang inyong taunang kita ng sambahayan (bago ang mga maibabawas, kasama ang lahat ng mga miyembro ng sambahayan)?
- \$0 - \$31,860
 - \$31,861 - \$40,180
 - \$40,181 - \$48,500
 - \$48,501 - \$56,820
 - \$56,821 - \$65,140
 - Kung higit pa sa \$65,140, ilagay ang halaga ng dolyar dito
\$, .00 kada taon.
- Markahan po ang mga pinagkukunan ng inyong kita**
- Social Security
 - SSP o SSDI
 - Mga Pensyon
 - Interes o dibidendo mula sa savings, stocks, bonds, o retirement accounts
 - Mga suweldo at/o tubo mula sa sariling pag-eempleyo
 - Mga benepisyo dahil walang trabaho
 - Insurance o mga legal settlement
 - Mga kabayaran dahil sa kapansanan o mula sa sahod bilang manggagawa
 - Suporta sa asawa o anak
 - Mga scholarship, grant, o iba pang mga tulong na ginamit para sa mga pang-araw-araw na gastusin sa pamumuhay
 - Kita mula sa renta o royalty
 - Cash o iba pang kita

3

Deklarasyon Basahin po at pumirma sa ibaba.

Inihahayag ko na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo at wasto. Sumasang-ayon ako na magbibigay sa CARE ng katibayan ng pagkakarapat-dapat kung hihingin. Sumasang-ayon ako na pasasabihan ang Southern California Gas Company (SoCalGas®) sa loob ng 30 araw kung hindi na ako kwalipikado pa para makatanggap ng isang diskwento. Naiintindihan ko na kapag tumanggap ako ng diskwento nang hindi naman naging kwalipikado para dito, maaaring iatas sa akin na bayaran ang diskwentong tinanggap ko. Naiintindihan ko na maaaring ibahagi ng SoCalGas ang impormasyon tungkol sa akin sa iba pang mga utility o mga ahente upang ipatala ako sa kanilang mga programang tulong.

PIRMA: X

PETSA: