



## 캘리포니아 에너지 대체 요금 신청서

The Gas Company 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 The Gas  
Company<sup>SM</sup> 에서 승인하면 할인이 적용될 것입니다.

# CARE 할인 수혜 자격을 충족시키는 가지 방법이 있습니다:

## 공공 지원 프로그램:

귀하나 가족일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:

메디케이드 (Medicaid) , Medi-Cal,

건강한 가족 유형 A 및 B (Healthy 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 / SNAP (푸드 스탬프),

학교 무료 점심 프로그램 (National School Lunch Program, NSLP),

저소득 주택 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP),

추가 사회보장 수입 (SSI)

또는

## 최대 가구 소득\*:

(2012. 6. 1 부터 2013. 5. 31 까지 유효)

\*세액 공제전 가구의 현재 총소득

가구의 식구 수	총 연간 소득
1	\$22,340
2	\$30,260
3	\$38,180

4	\$46,100
5	\$54,020
6	\$61,940
7	\$69,860
8	\$77,780
각 추가 사용자	+\$7,920

## 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 The Gas Company 에 통보해야 합니다.

CARE 에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

---

### 수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

#### **Energy Savings Assistance Program – 저소득자**

에너지 효율 프로그램인 는 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)



A Sempra Energy utility®

Form 6491-D KO (06/12)

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

# CARE 20% 요금 할인 신청서

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

<b>1</b>	고객 이름:	<input type="text"/>
	주소:	<input type="text"/>
	구좌 번호:	<input type="text"/>
	주택 전화번호:	<input type="text"/>
	이메일 주소:	<input type="text"/>

<b>2</b>		귀 가구의 총	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
		식구 수:	<input type="radio"/> 만약 6 개 이상: <input type="checkbox"/>					

# 2

(continued)

귀하 (또는 식구 중 누군가)는 다음 보조 프로그램에 등록되었습니까?

○ 예 (예인 경우 참여 프로그램에 표시하고.)▼

- Medi-Cal / 메디케이드(Medicaid): 65 세 미만
- Medi-Cal / 메디케이드(Medicaid): 65 세 이상
- 가정 건강 유형 (Healthy Families) A & B
- 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC)
- CalWORKs(TANF) 또는 인디언 부족 TANF
- CalFresh / SNAP (푸드 스탬프)
- 저소득자 주택 에너지 지원 프로그램인 (LIHEAP)
- 보조 사회보장 수입 (SSI)
- 학교 무료 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

않으신 경우, 귀하의 연간 소득은 얼마입니까 (공제전, 모든 가족의 소득 포함)?▶

- \$0 - \$22,340
- \$22,341 - \$30,260
- \$30,261 - \$38,180
- \$38,181 - \$46,100
- \$46,101 - \$54,020
- \$54,020 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오:

연간 \$   ,   .00

## 2

귀하의 소득원에 표시하십시오: ▼

- 사회보장금
- SSI 또는 SSDI
- 연금
- 저축, 주식, 채권, 또는 은퇴 계좌로 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

**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 The Gas Company 에 통보함에 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. The Gas Company 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

## 3

서명: X

날짜:  /  /