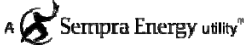




**20% CARE
ՁԵՂՋԻ ԴԻՄՈՒՄ**



The Gas Company-ի California Alternate Rates for Energy (CARE) (Կալիֆորնիայի Այլընտրանքային Պները Էներգիայի համար) պայմանուևակ ընտանիքներին ծրագիրը մատակարարում է ամսական 20% զեղջ գազի հաշվի համար: Նրանք, ովքեր որակավորված են և վավերացված՝ գազի նոր ծառայությունը սկսելուց 90 օրվա ընթացքում, կստանան նաև \$15 զեղջ Ծառայության Հաստատման Ծախքի համար: Ձեղջը կկիրառվի, երբ որ լրացնեք և ստորագրված դիմումը վավերացվի The Gas CompanySM-ի կողմից:

Խնդրվում է լրացնել և վերադարձնել դիմումը կամ դիմել առցանց՝ socialgas.com (Փնտրեք «CARE»)

ԻՆՉՊԵՍ ՊԱՅՄԱՆՈՒՆԱԿ ԴԱՌՆԱԼ ՁԵՂՋԻՆ.

ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԸ՝
Եթե դուք կամ ձեր ընտանիքից ուրիշ անդամ օգտվում եք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկից Medicaid ԿԱՍ Medi-Cal, Healthy Families A&B, Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF, Head Start Income Eligible - Tribal Only, Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh / SNAP (Սննդի կտրոններ), National School Lunch Program (NSLP), Low Income Home Energy Assistance Program, Supplemental Security Income (SSI)

ԿԱՍ

ԱՌՎԵԼԱԳՈՒՅՆ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՏ՝ (ուժի մեջ է 2012 թ. հունիսի 1-ից մինչև 2013 թ. մայիսի 31-ը) *Ներկա ընտանեկան եկամուտը բոլոր աղբյուրներից՝ մինչև կրճատումները	
Ընտանիքի անդամների թիվը	Ընդ. տարեկան եկամուտը
1	\$22,340
2	\$30,260
3	\$38,180
4	\$46,100
5	\$54,020
6	\$61,940
7	\$69,860
8	\$77,780
Ընտանիքի յուրաքանչյուր լրացուցիչ անդամ	+\$7,920

ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

Գազի հաշիվը պետք է Ձեր անունով լինի և հասցեն պետք է Ձեր հիմնական հասցեն լինի: / Դուք չեք կարող կախյալ համարվել Ձեր ամուսնուց բացի որևէ մեկի եկամտահարկի հայտարարագրում: / Դուք պետք է կրկին վավերացնեք Ձեր դիմումի ձևը, երբ որ խնդրվի: / Դուք պետք է հայտնեք The Gas Company-ին 30 օրվա ընթացքում, եթե այլևս պայմանուևակ չեք: / Ձեզանից կարող է խնդրվել ստուգել CARE-ի Ձեր պայմանուևակությունը:

ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ ԿԱՍ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՑ ԴՈՔ ԿԱՐՈՂ Ե ՈՐԱԿԱՎՈՐՎԱԾ ԼԻՆԵՐ՝

Energy Savings Assistance Program - Ցածր եկամուտ ունեցող իրավասու տանտերերին և վարձակալներին անվճար կարգով առաջարկում է տան Էներգահիսալոգիայից ախտահարման բարեկարգումներ, ինչպիսիք են առաստաղի մեկուսացումը, դռան եղանակային մեղմացումը, գաջումն ու մանր տնային վերանորոգումներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել 1-800-331-7593:



Medical Baseline - Մատակարարում է լրացուցիչ գազի թույլտվություն ավելի ցածր գնով որոշակի առողջական վիճակ ունեցող հաճախորդներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-800-427-2200 հեռախոսի համարով:

LIHEAP- Low Income Home Energy Assistance Program մատակարարում է հաշիվների վճարման օգնություն, վթարների օգնություն և եղանակի հետ կապված ծառայություններ: Չանգահարեք California Department of Community Services and Development 1-866-675-6623 հեռախոսի համարով:

California Lifeline - Ձեղջով հեռախոսային մուտք՝ CARE-ի նման եկամտային ցուցմունքներին որակավորված հաճախորդների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ձեր տեղական հեռախոսային ծառայությունների մատակարարողին:

ՀԱՃԱՆՈՐՂՆԵՐԻ ՕՓԱՆՂԱԿՈՒԹՅԱՆ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՐ՝

1-888-427-1345

Լսողության դժվարություն ունեցողներ (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (միայն անգլերեն և իսպաներեն լեզուներով)



CARE 20% Քնային Չեղջի Դիմում

Խնդրվում է ՄՈՒԳ թանաքով լրացնել և տպատառերով հստակ գրել՝ հարկին գործածումը երաշխավորելու համար ճրջանակները ճիշտ նշելու ձևը. ●

Form 6491-D ARM (06/12)

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

1

Հաճախորդի Անուն՝
(ինչպես Ձեզ ուղարկվող
հաշիվներում)

Տան հասցե՝
(փողոց, քաղաք, ԻՆԴԵՔՍ)

Հաշվեհամար՝

Հեռախոսահամար՝

Էլեկտրոնային հասցե՝

2

**Ձեր ընտանիքում
մեծահասակների և
երեխաների
ընդհանուր թիվը՝**

1 2 3 4 5 6 6+ :

Դուք (կամ որևէ մեկը Ձեր ընտանիքում) մասնակցում եք առողյ՞ք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկին:

ԱՅՈ (Եթե այո, ապա նշեք որ ծրագր(եր)ին եք մասնակցում ▼

- Medi-Cal / Medicaid: մինչև 65 տարեկան
- Medi-Cal / Medicaid: 65 տարեկան կամ ավել
- Healthy Families Categories A & B
- Women, Infants, and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF
- CalFresh / SNAP (Սննդի կտրոններ)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income (SSI)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)
- Head Start Income Eligible - Tribal Only

ՈՉ

Որքա՞ն է Ձեր տարեկան ընտանեկան եկամուտը (մինչև կրճատումները՝ ընտանիքի բոլոր անդամներին ներառյալ) ▼

\$0 - \$22,340 \$22,341 - \$30,260 \$30,261 - \$38,180 \$38,181 - \$46,100 \$46,101 - \$54,020

Եթե \$54,020-ից ավել է, ապա գումարը մուտքագրեք այստեղ. \$, 00 տարեկան

Խնդրվում է նշել Ձեր եկամտի աղբյուրները. ▼

- Social Security
- SSP կամ SSDI
- Կենսաթոշակ
- Տոկոս կամ շահաբաժին՝ խնայողական հաշիվներից, բաժնետոմսերից, արժեթղթերից կամ թոշակի հաշվից
- Աշխատավարձ և/կամ շահույթ սեփական գործից
- Գործազրկության նպաստ
- Ապահովագրության կամ իրավական լուծում
- Հաշմանդամության վճարում կամ Աշխատողի փոխհատուցում
- Ամուսնության կամ երեխայի օգնություն
- Ուսման թոշակ, գրանտ, կամ այլ օգնություն ապրուստի ծախսերի համար
- Վարձի կամ հարկի եկամուտ
- Կանխիկ կամ այլ եկամուտ

3

Համաձայն եք առողյ՞ք հետևյալին: Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել:

Ես հայտնում եմ, որ այս դիմումի մեջ իմ մատակարարած տեղեկությունները ճշմարիտ են և ճշգրիտ: Ես համաձայն եմ մատակարարել CARE պայմանականության ապացույց, եթե այն խնդրվի: Ես համաձայն եմ տեղեկացնել The Gas Company-ին, եթե այլևս որակավորված չլինեմ գեղջը ստանալու: Ես հասկանում եմ, որ եթե ես գեղջը ստանամ առանց որակավորված լինելու, ինձանից կարող է պահանջվել վերադարձնել ստացած գեղջը: Ես հասկանում եմ, որ The Gas Company-ն կարող է իմ տեղեկությունները կիսել այլ կենցաղային սպասարկման հիմնարկների կամ գործակալների հետ, որպեսզի ես մասնակցեմ նրանց օգնության ծրագրերին:

Ստորագրություն՝ Ամսաթիվ՝ / /