



20% CARE 할인 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금 신청서

The Gas Company의 캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 적격 가구의 월별 가스 요금에 대해 20% 할인을 제공합니다. 자격을 갖추고 또한 가스 서비스를 새로 시작한 후 90일 내에 승인을 받은 사람은 가스 개설료에 대해 \$15 할인을 받습니다. 귀하의 작성되고 서명된 신청서를 The Gas CompanySM에서 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 점심 프로그램 (National School Lunch Program), 저소득 주택 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP), 추가 사회보장 수입 (SSI)

또는

최대 가구 소득*: (2011. 6. 1 부터 2012. 5. 31 까지 유효) *세액 공제전 가구의 현재 총소득	
가구의 식구 수	총 연간 소득
1-2	\$31,800
3	\$37,400
4	\$45,100
5	\$52,800
6	\$60,500
추가되는 식구 1 인당 추가액	\$7,700

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 30일 이내에 The Gas Company에 통보해야 합니다. / CARE에 대한 수혜자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

Energy Savings Assistance Program – 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 LIHEAP는 청구금액 지원, 긴급 요금 지원 및 내후 단열 서비스를 제공합니다. 1-866-675-6623 번의 캘리포니아 지역사회 서비스 개발부로 문의하십시오.

California Lifeline (캘리포니아 라이프라인) – CARE와 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 장애인(TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)



CARE 20% 요금 할인 신청서

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

Form 6491-D KO (06/11)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

1

고객 이름: _____

주소: _____

구좌 번호:

주택 전화번호: () -

이메일 주소:

본인은 더 이상 자격이 없거나 CARE 에 참여하기를 원치 않습니다. 본인의 구좌를 CARE 프로그램에서 삭제하십시오.
 <이 동그라미(●) 안을 채운 경우, 직접 3 번으로 가서 하단에 서명하여 이 양식을 제공된 우송료 선불 봉투에 넣어 90 일 내에 우송하십시오.

2

귀 가구의 총 식구 수: 1 2 3 4 5 6 만약 6 개 이상:

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

예 (예인 경우 참여 프로그램에 질문으로 가십시오.)▼

- Medi-Cal / 메디케이드(Medicaid): 65 세 미만
- 저소득자 주택 에너지 지원 프로그램인 (LIHEAP)
- Medi-Cal / 메디케이드(Medicaid): 65 세 이상
- 보조 사회보장 수입 (SSI)
- 가정 건강 유형 (Healthy Families Categories) A & B
- 학교 점심 프로그램(National School Lunch Program)
- 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC)
- 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance)
- CalWORKs (TANF) 또는 인디언 부족 TANF
- 헤드 스타트 소득 자격(Head Start Income Eligible) (인디언 부족만 해당)
- CalFresh / SNAP (푸드 스탬)

아니요

귀하의 연간 소득은 얼마입니까 (공제전, 모든 가족의 소득 포함)?

\$0 - \$31,800 \$31,801 - \$37,400 \$37,401 - \$45,100 \$45,101 - \$52,800 \$52,801 - \$60,500

\$60,500 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$, .00

귀하의 소득원에 표시하십시오: ▼

- 사회보장금
- 임금 그리고/또는 자영업 수익
- 배우자 또는 자녀 부양비
- SSP 또는 SSDI
- 실업 혜택
- 장학금, 수여금, 또는 기타 생활
- 연금
- 보험금 또는 법적 타협금
- 보조금
- 저축, 주식, 채권, 또는 은퇴 구좌로
- 장애 또는 산재 보상금
- 임대료나 로열티 소득
- 부타의 이자 또는 배당금
- 현금 또는 기타 소득

3

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.

서명:

날짜: / /