



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ В РАЗМЕРЕ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE

Программа штата Калифорния под названием Альтернативные тарифные ставки за пользование электроэнергией (California Alternate Rates for Energy, (CARE)) предлагаемая компанией The Gas Company предоставляет льготу в виде снижения оплаты счета за газ на 20% ежемесячно для семей, соответствующих установленным требованиям. Те семья, которые отвечают условиям программы и получили право на участие в ней, в течение 90 дней с начала получения новых услуг газоснабжения также получают льготу в виде снижения Сбора за установку услуг (Service Establishment Charge) на \$15. Льгота будет предоставлена после того, как ваше заполненное и подписанное заявление будет одобрено компанией The Gas CompanySM.

Пожалуйста, заполните и верните заявление по почте либо заполните его онлайн на вебсайте socialgas.com (разделе "CARE")

КАК УЗНАТЬ ОТВЕЧАЕТЕ ЛИ ВЫ УСЛОВИЯМ ЛЬГОТНОЙ ПРОГРАММЫ CARE:

ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ:
Если вы или кто-либо из проживающих с вами членов семьи получает льготы по одной из следующих программ:
Medicaid или Medi-Cal Healthy Families A&B Women, Infants, & Children (WIC) CalWORKs (TANF) или Tribal TANF Head Start Income Eligible - Только для коренного населения США Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh / SNAP (Food Stamps) (Продовольственные талоны) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income (SSI)

ИЛИ

МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ*: (действительно с 1 июня 2013 г. по 31 мая 2014 г.) *семейный доход в настоящий момент из всех источников без учета отчислений	
Кол-во членов семьи	Общий годовой доход
1	\$22,980
2	\$31,020
3	\$39,060
4	\$47,100
5	\$55,140
6	\$63,180
7	\$71,220
8	\$79,260
На каждого дополнительного члена семьи добавьте	+\$8,040

УСЛОВИЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ

Счет за газ должен быть оформлен на ваше имя и приходиться на ваш основной адрес. / Вы не должны быть оформлены иждивенцем в налоговой декларации какого-либо другого лица за исключением вашего супруга (супруги). / Вы должны удостоверить повторно ваше заявление по требованию. / Вы обязаны уведомить компанию The Gas Company в течение 30 дней, если вы больше не соответствуете требованиям программы. / От вас может потребоваться подтверждение того, что вы соответствуете установленным требованиям участия в программе CARE.

ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ И УСЛУГИ, НА КОТОРЫЕ ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО:

Energy Savings Assistance Program: Предлагает отвечающим требованиям участия в программе домовладельцам и лицам, арендующим жилье бесплатное энергосберегающее обустройство дома, например теплоизоляцию потолков, уплотнение дверных швов, заделку стыков, а также небольшие ремонтные работы. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, звоните по телефону 1-800-331-7593.

**Energy Savings
Assistance Program**

Medical Baseline: Предоставляет дополнительные льготы на газ по более низкому тарифу для клиентов с определенными медицинскими показаниями. Для получения дополнительной информации звоните по телефону 1-800-427-2200.

LINEAR: Энергетическая программа социальной помощи малообеспеченным семьям (Low Income Home Energy Assistance Program) предоставляет помощь в оплате счетов за бытовые услуги, оплате счетов при аварийных ситуациях и необходимых строительных работ с учетом климатических особенностей района. Позвоните в Отдел бытового обслуживания и развития штата Калифорния (California Dept. of Community Services and Development) по телефону 1-866-675-6623.

California Lifeline: Использование телефона по сниженным тарифам для клиентов, соответствующим требованиям программы CARE. Для получения дополнительной информации об этой услуге, пожалуйста, обратитесь к вашему местному поставщику телефонных услуг.

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОТДЕЛ ПОМОЩИ КЛИЕНТАМ
ПО ТЕЛЕФОНУ: 1-888-427-1345 или ФАКСУ: (213) 244-4665**

С потерями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (только на английском и испанском языках)



Заявление на получение льгот в размере 20% по программе CARE

Form 6491-D RU (06/13)

Пожалуйста, используйте **ТЕМНЫЕ** чернила и пишите разборчиво, для обеспечения точной обработки заявки
Правильный способ закрашивания кружков: ●

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



1

Имя и фамилия клиента (так как это указано на вашем счете):

Домашний адрес (улица, город, индекс):

Номер счета:

Номер телефона: () -

Адрес электронной почты:

2

Общее число детей и взрослых членов семьи, проживающих с вами : 1 2 3 4 5 6 Если больше 6:

Получаете ли вы (или кто-либо из проживающих с вами членов семьи) льготы по любой из следующих программ социальной помощи?

ДА (Если да, укажите соответствующую(ие) программу(ы)) ▼

- Medi-Cal / Medicaid: младше 65 лет
- Medi-Cal / Medicaid: 65 лет и старше
- Healthy Families, категории A & B
- Women, Infants, and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) или Tribal TANF
- CalFresh / SNAP (Food Stamps) (Продовольственные талоны)
- 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 - Только для коренного населения США

НЕТ

Укажите доход вашей семьи в год (без учета отчислений, включая доходы всех членов семьи, проживающих с вами). ▼

\$0 - \$22,980 \$22,981 - \$31,020 \$31,021 - \$39,060 \$39,061 - \$47,100 \$47,101 - \$55,140

Если больше \$55,140, то укажите сумму здесь: \$.00 в год

Пожалуйста, укажите источники вашего дохода: ▼

- Social Security (Социальное пособие)
- SSP или SSDI
- Пенсии
- Процентный доход или дивиденды: сберегательные счета, акции, облигации или пенсионные счета
- Зарплата и/или доход от инд. предпр. деятельности
- Пособие по безработице
- Страховые выплаты или выплаты по искам
- Пособие по инвалидности или компенсации за травмы на работе
- Пособие на супруга (супругу) или алименты на ребенка
- Стипендии, гранты или иные компенсации на проживание
- Доходы от аренды или гонорары
- Наличные деньги или другая прибыль

3

Согласны ли вы со следующим? Пожалуйста, прочтите и распишитесь.
Я заявляю, что информация, которую я представил(а) в данном заявлении, является достоверной и правильной. Я даю свое согласие при необходимости предоставить подтверждение моего права на участие в программе CARE. Я обязуюсь уведомить компанию The Gas Company, если я не стану соответствовать требованиям, необходимым для получения льгот. В том случае, если я продолжу получать скидку, не соответствующую необходимым на то требования, от меня могут потребовать вернуть полученную скидку. Я отдаю себе отчет в том, что компании The Gas Company может передавать мою личную информацию другим поставщикам бытовых услуг или их представителям с целью моей последующей регистрации в их программах социальной помощи.

Подпись: _____ Дата: / /