

Glad to be of service®

계정 보유자/가구 구성원 정보

고객/임차인 성명 (청구서에 표시되는대로):

청구서에 나온대로 고객의 전체 이름을 기재하십시오

집 주소:

귀하의 **자격 확인을** 완료하기 위해 이 양식을 작성하여 제출해 주시기 바랍니다

소득 진술서

ᅰᅯᄼᄓᄸᄖᆇ			
계정/시설 번호:			
이 양식을 작성하십시오: 현금으로 급여를 받거나 가구 내 성인 구성원 중 소득이 없는 경우나, 귀하의 소득 상태를 확인하기 위함입니다.			
성인 가구 구성원 이름	소득 상태 (해당되는 모든 항목에 체크하십시오)	소득 세부 사항	가구 구성원 서명
예: JOHN DOE	저는 현금으로 급여를 받습니다 저는 다른 소득을 받습니다. (설명해 주십시오) 이 성인 가구 구성원은 소득원이 없습니다	소득 또는 업무 유형: 현금/건설	John Doe
		추정 월 금액: \$3000	
ı.	저는 현금으로 급여를 받습니다 저는 다른 소득을 받습니다. (설명해 주십시오) 이 성인 가구 구성원은 소득원이 없습니다	소득 또는 업무 유형:	
		추정 월 금액:	
2.	저는 현금으로 급여를 받습니다 저는 다른 소득을 받습니다. (설명해 주십시오) 이 성인 가구 구성원은 소득원이 없습니다	소득 또는 업무 유형:	
		추정 월 금액:	
3.	저는 현금으로 급여를 받습니다 저는 다른 소득을 받습니다. (설명해 주십시오) 이 성인 가구 구성원은 소득원이 없습니다	소득 또는 업무 유형:	
		추정 월 금액:	
4.	저는 현금으로 급여를 받습니다 저는 다른 소득을 받습니다. (설명해 주십시오) 이 성인 가구 구성원은 소득원이 없습니다	소득 또는 업무 유형:	
		추정 월 금액:	
LIPI CONTRACTOR CONTRA			

CARE 프로그램은 캘리포니아 유틸리티 고객이 자금을 지원하고 캘리포니아 공공요금 위원회의 후원 하에 SoCalGas가 관리합니다. 프로그램 기금은 기금이 소진될 때까지 선착순으로 배정됩니다. 본 프로그램은 예고 없이 변경되거나 종료될 수 있습니다. 자격 요건이 적용되며, 자세한 내용은 프로그램 약관을 참조하십시오.

날짜

아래에 서명함으로써, 본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증죄 처벌을 감수하고 상기 내용이 사실이며 정확함을 증명(또는 선언)합니다.

계정 보유자 서명