

# خصم 20%

## طلب التقدم لبرنامج CARE



إن برنامج أسعار كاليفورنيا البديلة للطاقة (على الفواتير الشهرية) يقدم لعملائه المستحقين في شركة غاز جنوب كاليفورنيا SoCalGas خصم مقداره 20% على فواتير الغاز الطبيعي الشهرية. سوف تنطبق هذه الوثيقة على فواتير الشهرية عقب تاريخ موافقة شركة SoCalGas على الطلب.

**يُرجى تقديم الطلب بعد استكماله عن طريق استخدام واحدة من الطرق المدرجة أدناه:**

- 1) قم بزيارة موقع [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) أو [socalgas.com/care](http://socalgas.com/care). سوف يتم معالجة طلبك في الحال.
- 2) اتصل بهاتف رقم 866-716-3452 في أي وقت على مدار 24 ساعة في اليوم. يُرجى أن تكون جاهز برقم حسابك.
- 3) أعد إرسال النموذج بعد تعبئته وتوقيعه عن طريق البريد أو الفاكس على رقم 213-244-4665.

## هناك طريقتين للتأهل للبرنامج

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME دخل الأسرة الأقصى	
(اعتباراً من 1 يونيو 2021 وحتى 31 مايو 2022)	
إجمالي الدخل السنوي* عدد الأفراد في الأسرة	
34,840 دولار	1-2
43,920 دولار	3
53,000 دولار	4
62,080 دولار	5
71,160 دولار	6
80,240 دولار	7
89,320 دولار	8

لكل عضو إضافي في الأسرة، أضيف 9,080 دولار  
\*يضمن هذا دخل الأسرة الحالي من كل المصدر قبل الاستقطاعات.



برامج الدعم العام
إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك تتلقون مساعدات من أي من البرامج التالية:
برنامج ميدي كال/ميدي كيد
برنامج ميدي كال للعائلات A & B
برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)
برنامج كول وركس (TANF) / 1 (TANF) القبلي
برنامج المستحقين للدخل الأولي - قبلي فقط
برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية
برنامج كول فريش (طوابع الغذاء)
برنامج الغذاء المدرسي الوطني (NSLP)
برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)
برنامج دخل الضمان الاجتماعي التكميلي
*يضمن برنامج Welfare-to-Work لمساعدة متلقي الإعانات الاجتماعية على إيجاد فرص عمل

## شروط المشاركة:

- 1) يجب أن يتوفر فيك متطلبات الاستحقاق المدرجة في الجدول السابق. 2) يجب أن تكون فاتورة الغاز الطبيعي باسمك ويجب أن يكون العنوان المدرج بها هو عنوانك الرئيسي. 3) يجب ألا تكون مطالبًا بعائد ضريبة الدخل باعتبارك معتمد على شخص آخر غير زوجك. 4) يجب عليك إعادة التصديق على طلبك عندما يُطلب منك ذلك. 5) يجب عليك إخطار شركة SoCalGas في غضون 30 يومًا إذا لم تعد مستحقًا. 6) قد يُطلب منك التحقق من أهليتك لبرنامج CARE.

فيما يلي البرامج والخدمات الأخرى التي يمكن أن تتأهل لها:

برنامج مساعدة لأسرتك		
<a href="http://socalgas.com/improvements">socalgas.com/improvements</a> 1-800-331-7593	<b>Energy Savings Assistance Program</b>	تتلقى بموجب هذا البرنامج تحسينات تساعد على توفير الطاقة مجانًا تساعدك في توفير المال وتوفر لك المزيد من الراحة
برنامج المساعدة في الهاتف	برنامج المساعدة في الفواتير	برنامج المساعدة في الاحتياجات الطبية
خط الحياة بكاليفورنيا <b>CALIFORNIA LIFELINE</b> خدمات هاتفية مخفضة للعملاء المؤهلين لمزيد من المعلومات اتصل بموفر خدمة الهاتف	برنامج المساعدة في الطاقة للأسر منخفضة الدخل هو برنامج للمساعدة في دفع الفواتير والمساعدة الطارئة في الفواتير وخدمات حماية المباني من الظروف الجوية <b>1-866-675-6623</b> خطة إدارة المتأخرات: تقدم هذه الخطة إعفاء العملاء من الفواتير التي تجاوزت موعد سدادها <b>1-800-427-2200</b>	البديل الطبي الأساسي تحصل بموجبه على غاز طبيعي بأقل سعر أساسي إذا كنت تعاني من حالة صحية خطيرة <a href="http://socalgas.com/medical">socalgas.com/medical</a> <b>1-866-431-3517</b>

中文: 1-800-427-1429

한국어: 1-800-427-0471

English: 1-800-427-2200

Việt: 1-800-427-0478

Español: 1-800-342-4545

廣東話: 1-800-427-1420

لضعاف السمع (الصم والبكم): 1-800-252-0259 (متاحة باللغتين الإنجليزية والأسبانية فقط)

فاكس: (213) 244-4665

# خصم 20% طلب تقدم لبرنامج CARE

يُرجى استخدام الحبر الأزرق الداكن أو الأسود فقط

يُرجى تعبئة الطلب وإرساله مرة أخرى بالبريد أو الفاكس أو التقدم عن طريق الإنترنت على هذا الرابط [socialgas.com/care](http://socialgas.com/care).

يُرسل البريد على العنوان التالي: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 أو إرسال فاكس على رقم: (213)244-4665

رقم الحساب

يُرجى توفير رقم حسابك لتسريع معالجة طلبك.

اسم العميل (الاسم الأول والأخير كما هو ظاهر في فاتورتك)

رقم المنزل/المكان

العنوان

الهاتف الرئيسي

المدينة

1 إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما فيهم أنت، والأشخاص البالغين الآخرين، والأطفال):

1  2  3  4  5  6  إذا كان العدد أكثر من 6:

2

هل أنت (أو أي فرد في أسرتك) مدرج في أي من برامج المساعدة التالية؟

نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تظليل الدائرة (الدوائر) ●)  
 لا (إذا كانت الإجابة لا، فما هو دخل أسرتك السنوي قبل الاستقطاعات، بما في ذلك كل أفراد أسرتك؟)

برنامج ميدي كال/ميدي كيد: تحت سن 65 سنة

برنامج ميدي كال/ميدي كيد: 65 سنة أو أكبر

برنامج ميدي كال للعائلات أ & ب

برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)

برنامج كول وركس (TANF) / TANI الفئلي

برنامج المستحقين للدخل الأولي - قبلي فقط

برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية

برنامج كول فريش (طوايع الغذاء)

برنامج الغذاء المدرسي الوطني (NSLP)

برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)

برنامج دخل الضمان الاجتماعي التكميلي

0 دولار - 34,840 دولار  
 34,841 دولار - 43,920 دولار  
 43,921 دولار - 53,000 دولار  
 53,001 دولار - 62,080 دولار  
 62,081 دولار - 71,160 دولار

إذا كان الدخل أكبر من 71,160 دولار أدخل القيمة بالدولار هنا

دولار في السنة , .00

يُرجى التأكيد أمام مصادر دخلك

ضمان اجتماعي

دخل ضمان اجتماعي تكميلي أو تأمين الضمان الاجتماعي ضد العجز

معاشات

فوائد أو أرباح من حسابات التوفير أو الأسهم أو السندات أو حسابات التقاعد

أجور أو مرتبات أو كليهما معاً

إعانات بطالة

تأمين أو تسويات قانونية

مدفوعات إعاقة أو تعويضات عاملين

دعم زواج أو إعالة

منح دراسية، أو منح، أو مساعدات أخرى مستخدمة في تغطية نفقات المعيشة

دخل من الإيجار أو الإتاوات

أموال نقدية، مصدر دخل آخر، أو ربح من توظيف ذاتي

3

إقرار يُرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه.

أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة. أوافق على تقديم إثبات أحقيتي في الاستفادة من برنامج CARE إن طلب مني ذلك. أوافق على إخطار شركة غاز جنوب كاليفورنيا (SoCalGas®) في غضون 30 يوماً إذا لم أعد مستحقاً لتلقي الخصم. أدرك أنني إذا تلقيت خصماً بدون استحقاق له، يكون عليّ أن أرد الخصم الذي تلقيته. أدرك أن شركة SoCalGas يمكنها مشاركة معلوماتي مع المرافق العامة الأخرى أو الوكلاء لإدراجي في برامج المساعدة الخاصة بهم.

التاريخ:  /  /

التوقيع: