

20% 折扣 CARE 申請



加州能源優惠 (CARE) 計劃為符合資格的 SoCalGas® 客戶提供每月天然氣帳單 20% 折扣。折扣適用於申請經過 SoCalGas 核准的日期之後每月帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請：

- 1) 造訪 myaccount.socalgas.com 或 socalgas.com/CARE。您的申請會得到立即處理。
- 2) 隨時撥打 24 小時全天候電話 866-716-3452。請準備好帳號。
- 3) 透過郵寄或傳真 (號碼 213-244-4665) 方式發回填妥並簽名的表單。

有兩種方式獲取資格

公共援助計劃	← 或者 →	家庭總收入
如果您或者您家庭中的另一成員從以下計劃中的任意一項獲益：		(2021年6月1日至2022年5月31日有效) 家庭成員數量 總年收入*
Medi-Cal/Medicaid		1-2 \$34,840
A 和 B 類家庭 Medi-Cal		3 \$43,920
婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)		4 \$53,000
CalWORKs (TANF)/部落 TANF		5 \$62,080
學前教育班補助金計劃 — 僅限部落		6 \$71,160
印第安事務局一般協助計劃		7 \$80,240
CalFresh (食物券)		8 \$89,320
全國學童午餐計劃 (NSLP)		
低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)		
社會安全補助金		

家庭成員數量 總年收入*



家庭中每多一名成員則增加 \$9,080 美元
*包括扣減前所有來源的當前家庭收入。

1 包括 Welfare-to-Work

參與條件：

1) 您必須滿足上表中的資格要求。2) 天然氣帳單必須在您的名下，地址必須是您的主要地址。3) 您不得聲明為除您配偶之外其他人的所得稅申報表的受援助者。4) 您必須在需要時重新認證您的申請。5) 如果您不再符合資格，您必須在 30 天之內通知 SoCalGas。6) 您可能被要求確認您的 CARE 參與資格。

您可能有資格參與的計劃和服務：

家居援助		
	獲得既省錢又提高舒適性的免費節能家居裝修	Energy Savings Assistance Program socalgas.com/improvements 1-800-331-7593
醫療援助	電話援助	帳單援助
醫療基礎優惠	低收入家庭能源協助	CALIFORNIA LIFELINE
	帳單支付援助、能源帳單援助和防寒保暖服務 1-866-675-6623	為符合資格的客戶提供電話服務折扣 如需更多資訊，請聯絡電話服務提供商
如有嚴重健康狀況，以最低的基線費率獲取額外的天然氣 socalgas.com/medical 1-866-431-3517	欠費管理計劃 為符合資格的客戶提供逾期帳單寬限 1-800-427-2200	

English: 1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
傳真: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471
Español: 1-800-342-4545
聽障專線 (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (僅限英語和西班牙語)

中文: 1-800-427-1429
Việt: 1-800-427-0478

20% 折扣 CARE 申請

請只使用深藍或黑色墨水筆

請填妥這份申請並透過郵寄或傳真方式發回，或造訪 socalgas.com/care 線上申請。

郵寄地址：SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249，傳真號碼：(213) 244-4665

帳號

請提供您的帳號以加快處理

客戶姓名（帳單上顯示的姓名）

地址

公寓/空間號碼

城市

主要電話號碼

1 家庭成員總數（包括您自己及其他成人和兒童）：

- 1 2 3 4 5 6 如果超過 6 人：

2 您（或您的家人）是否已登記參加以下任何援助計劃？

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 是（如果「是」，請畫實心圓圈 ●） | <input type="radio"/> 否（如果「否」，扣減前家庭年收入是多少（包括所有家庭成員？） |
| <input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid：65 歲以下 | <input type="radio"/> \$0 - \$34,840 |
| <input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid：65 歲（含）以上 | <input type="radio"/> \$34,841 - \$43,920 |
| <input type="radio"/> A 和 B 類家庭 Medi-Cal | <input type="radio"/> \$43,921 - \$53,000 |
| <input type="radio"/> 婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC) | <input type="radio"/> \$53,001 - \$62,080 |
| <input type="radio"/> CalWORKs (TANF) 或部落 TANF | <input type="radio"/> \$62,081 - \$71,160 |
| <input type="radio"/> 學前教育班補助金計劃 — 僅限部落 | <input type="radio"/> 如果超過 \$71,160，在此輸入美元金額 |
| <input type="radio"/> 印第安事務局一般協助計劃 | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> /年。 |
| <input type="radio"/> CalFresh（食物券） | 請選擇收入來源 |
| <input type="radio"/> 全國學童午餐計劃 (NSLP) | <input type="radio"/> 社會保障 |
| <input type="radio"/> 低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP) | <input type="radio"/> SSP 或 SSDI |
| <input type="radio"/> 社會安全補助金 | <input type="radio"/> 養老金 |
| | <input type="radio"/> 儲蓄、股票、債券或退休帳戶利息或股息 |
| | <input type="radio"/> 工資和/或薪金 |
| | <input type="radio"/> 失業津貼 |
| | <input type="radio"/> 保險或法律賠償 |
| | <input type="radio"/> 殘障或工人補償金 |
| | <input type="radio"/> 配偶贍養費或子女撫養費 |
| | <input type="radio"/> 獎學金、補助或其他生活費援助 |
| | <input type="radio"/> 租金或版稅收入 |
| | <input type="radio"/> 現金、其他收入或自僱所得 |

3 宣告 請閱讀以下內容並簽名。

本人申明，本人在此申請中提供的資訊真實正確。本人同意，應要求提供 CARE 資格證明。本人同意，如果不再符合折扣優惠資格，則在 30 天之內通知 Southern California Gas Company (SoCalGas®)。本人瞭解，如果獲得折扣而不符合資格，本人需要退還所獲折扣。本人瞭解，SoCalGas 可與其他公用事業公司或代理分享本人資訊，以招募本人參與援助計劃。

簽名： X

日期： / /