

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 적격 SoCalGas® 고객에게 월간 천연 가스 요금을 20% 할인된 가격으로 제공합니다. 할인은 SoCalGas가 신청을 승인한 다음 날 이후의 월간 천연 가스 고지서에 적용됩니다.

아래에 나열된 방법 중 하나를 사용하여 작성한 신청서를 제출하십시오:

- 1) myaccount.socalgas.com 또는 socalgas.com/CARE를 방문하세요. 신청은 즉시 처리될 것입니다.
- 2) 하루 24시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계좌 번호를 준비하십시오.
- 3) 작성하고 서명한 양식을 우편 또는 팩스 (213) 244-4665로 보내주십시오.



자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다:

공적 부조 프로그램

고객님 또는 고객님의 가족 중 다른 사람이 다음 프로그램의 혜택을 받는 경우:

메디칼 / 메디케이드:

가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B

여성, 유아 및 어린이 프로그램 (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ 또는 부족 TANF

헤드 스타트 소득 자격

인디언 사무국 일반 지원

캘프레쉬 (푸드 스탬프)

전국 학교 급식 프로그램(NSLP)

저소득 가정 에너지 보조 프로그램

보조적 보장 소득(SSSI)

¹근로 연계 복지 포함

또는

최대 가계 소득

(2024년 6월 1일부터 2025년 5월 31일까지 유효)


가구 인원 수

1-2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440


총 연간
소득*

추가 가족 구성원당, \$10,760를 추가하십시오

*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.

참여 조건:

- 1) 2 페이지의 표 중 하나에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다.
- 2) 천연가스 요금 청구서는 고객님의 명의로 되어 있어야 하며 주소는 고객님의 기본 주소여야 합니다.
- 3) 배우자 이외의 다른 사람의 소득세 신고서에 부양 가족으로 청구되어서는 안 됩니다.
- 4) 요청이 있을 경우 신청서를 재인증해야 합니다.
- 5) 더 이상 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 알려야 합니다.
- 6) CARE 자격을 확인하라는 요청을 받을 수 있습니다.

고객님께서 자격이 될 수 있는 다른 프로그램 및 서비스:



고객님 가정을 위한 도움

공인 지역 도급업자가 무료로 제공하는 에너지 절약 주택 개량

Energy Savings

Assistance Program™

socalgas.com/Improvements

1-800-331-7593



의학적 필요에 대한 도움

프로그램에서는 적격 질병이 있는 사람들을 위해 가장 낮은 기준 요금으로 추가 천연 가스를 제공합니다.

Medical Baseline

socalgas.com/Medical

1-866-431-3517



전화 요금에 대한 도움

자격이 되는 고객을 위한 전화 요금 할인 서비스

캘리포니아 라이프라인

californialifeline.com에서

자세히 알아보십시오

유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스

저소득 가정 에너지 지원

1-866-675-6623



고지서 요금에 대한 도움

적격 주거용 CARE 고객에 대한 연체된 고지서 요금 면제

연체료 관리 계획

socalgas.com/Forgiveness

1-800-427-2200

고객 지원에 대한 추가 정보:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

팩스: 213-244-4665

청각 장애용 (TDD/TTY): 1-800-252-0259
(영어 및 스페인어로만 제공됨)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2024 Southern California Gas Company. 등록 상표는 해당 소유자의 재산입니다. 판권 소유.

본 프로그램은 캘리포니아 유틸리티 고객들의 자금을 지원받아 캘리포니아 공공요금 위원회의 후원 하에 Southern California Gas Company에서 관리합니다. 프로그램 기금은 기금이 소진될 때까지 선착순으로 배정됩니다. 이러한 프로그램은 사전 통지 없이 변경되거나 종료될 수 있습니다.

소스 코드: 9Q KO LF

14237C-2024

2

고객님(또는 고객님의 가구에 있는 다른 사람)은 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- 예 (예인 경우 동그라미를 검게 칠해 넣으십시오 ●)
- 메디칼/메디케이드: 65세 미만
- 메디칼/메디케이드: 65세 이상
- 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
- 여성, 영유아 및 아동 프로그램(WIC)
- CalWORKs (TANF) 또는 부족 TANF
- 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격- 인디언 부족만 해당
- 인디언 사무국 일반 지원
- 캘프레쉬(푸드 스탬프)
- 전국 학교 급식 프로그램(NSLP)
- 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)
- 보조적 보장 소득(SSI)

- 아니오 (아니오의 경우, 모든 가구 구성원을 포함한 고객님의 가구의 공제 전 연간 가구 소득은 얼마입니까?)
- \$0 - \$40,880
- \$40,881 - \$51,640
- \$51,641 - \$62,400
- \$62,401 - \$73,160
- \$73,161 - \$83,920
- \$83,920 이상인 경우, 여기에 달러 금액을 기입하십시오

\$, .00 연간.

2

(계속)

고객님의 수입원을 표시하십시오

- 사회보장연금
- SSP 또는 SSDI
- 연금
- 저축, 주식, 채권 또는 은퇴 계좌의 이자 또는 배당금
- 임금 및/또는 급여
- 실업 혜택
- 보험 또는 법적 합의금
- 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금
- 배우자 부양비 또는 자녀 양육비
- 장학금, 보조금 또는 기타 생활비로 사용된 보조금
- 임대 또는 저작권 사용료 소득
- 현금, 기타 소득 또는 자영업 이익

3

선언, 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본인은 이 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 요청이 있는 경우 CARE 자격 증명을 제공할 것에 동의합니다. 본인은 더 이상 할인을 받을 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 할인을 받을 자격이 되지 않는데도 할인을 받는 경우, 할인 받은 금액을 반환해야 할 수도 있다는 점을 이해합니다. 본인은 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거용 요금 프로그램을 다른 유틸리티, 주 정부 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 계속 이용할 수 있도록 SoCalGas가 내 정보를 공유할 수 있도록 승인합니다.

서명:

X

날짜:

 / /