

20% 할인

CARE 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은 자격을 갖춘 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/CARE을 방문하십시오. 신청은 즉시 처리될 것입니다.
- 2) 하루 24시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계좌 번호를 준비하십시오.
- 3) 작성 및 서명한 신청서를 우송하거나 213-244-4665로 팩스 전송하십시오.

자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다:

공적 부조 프로그램	← 또는 →	최대 가구 소득																
<p>귀하 또는 귀하 가구에 있는 다른 사람이 다음과 같은 프로그램에 참여하고 있는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 메디칼/메디케이드 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B 여성, 유아 및 어린이 프로그램 (WIC) CalWORKs (TANF)¹ 또는 Tribal 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 보조적 보장 소득(SI) <p><small>¹근로 연계 복지 포함</small></p>		<p>2024년 6월 1일부터 2025년 5월 31일까지 유효</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="8">  가구 인원 수 </td> <td>1-2</td> <td>\$40,880</td> <td rowspan="8">  총 연간 소득* </td> </tr> <tr><td>3</td><td>\$51,640</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$62,400</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$73,160</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$83,920</td></tr> <tr><td>7</td><td>\$94,680</td></tr> <tr><td>8</td><td>\$105,440</td></tr> </table> <p>추가 인원당 +\$10,760</p> <p><small>*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.</small></p>	 가구 인원 수	1-2	\$40,880	 총 연간 소득*	3	\$51,640	4	\$62,400	5	\$73,160	6	\$83,920	7	\$94,680	8	\$105,440
 가구 인원 수	1-2	\$40,880		 총 연간 소득*														
	3	\$51,640																
	4	\$62,400																
	5	\$73,160																
	6	\$83,920																
	7	\$94,680																
	8	\$105,440																

참여 조건:

1) 위 표에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다. 2) 천연 가스 요금 고지서는 고객님의 이름으로 되어 있어야 하고 주소는 고객님의 기본 주소이어야 합니다. 3) 배우자가 아닌 다른 사람의 세금 보고서에 부양 가족으로 신고되면 안 됩니다. 4) 요청 시 고객님의 신청서를 다시 증명해야 합니다. 5) 더 이상 자격이 없으면 30일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다. 6) CARE 자격을 증명하라는 요청을 받을 수 있습니다.

고객님께서 자격이 될 수 있는 다른 프로그램 및 서비스:

 <p>고객님 가정을 위한 도움 공인된 현지 계약업체가 무료로 제공하는 에너지 절약형 주택 개선.</p> <p>Energy Savings Assistance Program socalgas.com/improvements 1-800-331-7593</p>	 <p>의학적 필요에 대한 도움 의료 기준 수당 프로그램은 적격 의료 질환을 가진 분들에게 최저 기준 요금으로 천연가스를 추가로 제공합니다.</p> <p>socalgas.com/Medical 1-866-431-3517</p>	<p>고지서 요금에 대한 도움 저소득 가정 에너지 지원 유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스. 1-866-675-6623</p> <p>연체료 관리 계획 저격 고객에 대한 연체된 고지서 요금 면제 socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200</p>	 <p>전화 요금에 대한 도움 캘리포니아 라이프라인 적격 고객을 위한 전화 요금 할인 서비스 californialifeline.com</p>
--	---	--	--

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

팩스: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

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

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200

20% 할인 CARE 신청서

진한 파란색 또는 검정색 잉크만 사용하십시오.

이 신청서를 작성하여 우편 및 팩스로 보내거나, socialgas.com/CARE에서 온라인으로 신청하세요.

다음 주소로 우송하십시오: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 또는 팩스: (213) 244-4665

계정 번호

귀하의 계정 번호 처음 +10자리를 제공하십시오.

고객 이름 (요금 고지서에 나와 있는 이름 및 성)

주소

아파트/공간 #:

시

기본 전화

1 고객님의 가구 구성원 총수(고객님, 다른 성인 및 아이들을 포함시키십시오):

- 1 2 3 4 5 6 6명 이상인 경우:

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

예 (예의 경우, 동그라미를 검게 칠해 넣으십시오 ●)

- 메디칼/메디케이드: 65세 미만
- 메디칼/메디케이드: 65세 이상
- 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
- 여성, 유아 및 어린이 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(SSJ)

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.

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 선언문, 아래 내용을 읽고 서명해 주십시오.

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 SoCalGas가 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거용 요금 프로그램에 대한 자격을 유지하기 위해 다른 유틸리티사, 주 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 본인의 정보를 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

서명: X

날짜: / /