

# បញ្ចុះតម្លៃ 20%

## ការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី CARE



កម្មវិធីបម្រុងទុកថាមពលនៃរដ្ឋ California (CARE) ផ្តល់ជូនអតិថិជន SoCalGas® ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឱ្យទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ 20% លើវិក្កយបត្រហ្គាសធម្មជាតិប្រចាំខែរបស់ពួកគេ។ ការបញ្ចុះតម្លៃនេះនឹងត្រូវអនុវត្តចំពោះវិក្កយបត្រ ប្រចាំខែ បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលកម្មវិធីត្រូវបានអនុម័តដោយ SoCalGas ។

### សូមដាក់ពាក្យដែលបានបំពេញដោយប្រើវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីខាងក្រោម៖

- 1) ចូលមើលគេហទំព័រ [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) ឬ [socalgas.com/care](http://socalgas.com/care)។ សំណើរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានដំណើរការភ្លាមៗ។
- 2) ទូរស័ព្ទទៅលេខ 866-716-3452 បានគ្រប់ពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ សូមត្រៀមលេខគណនីរបស់អ្នកឱ្យរួចរាល់។
- 3) សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាឱ្យរួចរាល់តាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទៅលេខ 213-244-4665 ។

### មានវិធីចំនួនពីរដើម្បីបំពេញលក្ខខណ្ឌ

កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ
ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីណាមួយខាងក្រោម៖
Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal សម្រាប់គ្រួសារ A & B
ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)
CalWORKs (TANF) <sup>1</sup> / Tribal TANF
សម្រាប់តែអ្នកដែលមានសិទ្ធិចាប់ផ្តើមរកចំណូល – Tribal ប៉ុណ្ណោះ
ការិយាល័យជំនួយផ្នែកកិច្ចការទូទៅឥណ្ឌា
CalFresh (តែមអាហារ)
កម្មវិធីអាហារថ្ងៃត្រង់សាលាថ្នាក់ជាតិ (NSLP)
កម្មវិធីជំនួយថាមពលក្នុងស្រុកដែលមានចំណូលទាប (LIHEAP)
ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម



ចំណូលគ្រួសារអតិបរមា	
(មានសុពលភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2021 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2022)	
ចំនួនសមាជិកគ្រួសារក្នុងគ្រួសារ	ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុប*
1-2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$71,160
7	\$80,240
8	\$89,320
សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារបន្ថែមនីមួយៗ បន្ថែម \$9,080	
*រួមបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលគ្រួសារបច្ចុប្បន្នពីប្រភពទាំងអស់មុននិងកាត់ចេញ។	

<sup>1</sup> រួមបញ្ចូលទាំងសុខុមាលភាពដើម្បីធ្វើការ

### លក្ខខណ្ឌចូលរួម៖

- 1) អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការក្នុងតារាងខាងលើ។
- 2) វិក្កយបត្រឧស្ម័នធម្មជាតិត្រូវតែមានឈ្មោះរបស់អ្នក ហើយអាសយដ្ឋានត្រូវតែជា អាសយដ្ឋានចម្បងរបស់អ្នក។
- 3) អ្នកមិនត្រូវបានអះអាងថា ជាអ្នកពឹងផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀតក្រៅពីប្តី ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក។
- 4) អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ឡើងវិញនូវពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅពេលត្រូវបានស្នើសុំ។
- 5) អ្នកត្រូវជូនដំណឹងដល់ SoCalGas ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នក លែងមានសិទ្ធិ។
- 6) អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី CARE ។

### កម្មវិធី និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចស្នើសុំសម្រាប់៖

ជំនួយលើគេហដ្ឋានរបស់អ្នក		
	ទទួលបានការសន្សំសំចៃថាមពលនៅផ្ទះដោយមិនគិតថ្លៃ ដែលអាចជួយអ្នកសន្សំប្រាក់ និងធ្វើឱ្យអ្នកកាន់តែមានផាសុគភាព	<b>Energy Savings Assistance Program</b> <a href="http://socalgas.com/improvements">socalgas.com/improvements</a> 1-800-331-7593
ជំនួយលើតម្រូវការរាជសាស្ត្រ	ជំនួយលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នក	ជំនួយលើការហៅទូរស័ព្ទរបស់អ្នក
ការផ្តល់មូលដ្ឋានផ្នែករាជសាស្ត្រ ទទួលបានហ្គាសធម្មជាតិបន្ថែមនៅ អត្រាទាបបំផុតប្រសិនបើអ្នកមាន ស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ <a href="http://socalgas.com/medical">socalgas.com/medical</a> 1-866-431-3517	ជំនួយថាមពលសម្រាប់គ្រួសារដែលមានចំណូលទាប ជំនួយទូទាត់វិក្កយបត្រ ជំនួយវិក្កយបត្របន្ទាន់ និងសេវាទប់ទល់នឹង អាកាសធាតុ 1-866-675-6623 គម្រោងគ្រប់គ្រងបំណុលនៅជំពាក់ ផ្តល់ជូនការលើកលែងចំពោះវិក្កយបត្រផុតកាលកំណត់ទូទាត់ដល់ អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ 1-800-427-2200	CALIFORNIA LIFELINE បញ្ចុះតម្លៃការហៅទូរស័ព្ទសម្រាប់ អតិថិជនដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទង ក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

English: 1-800-427-2200      한국어: 1-800-427-0471      中文: 1-800-427-1429  
 廣東話: 1-800-427-1420      Español: 1-800-342-4545      Việt: 1-800-427-0478  
 ទូរសារ: (213) 244-4665      អ្នកខ្សោយការស្តាប់ (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (មានតែភាសាអង់គ្លេស និងភាសាអេស្ប៉ាញប៉ុណ្ណោះ)

# បញ្ចុះតម្លៃ 20% ការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី CARE

សូមប្រើតែទឹកថ្នាំពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខ្មៅចាស់ប៉ុណ្ណោះ

សូមបំពេញ និងផ្ញើពាក្យសុំនេះមកវិញតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬដាក់ពាក្យតាមអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈគេហទំព័រ [socialgas.com/CARE](http://socialgas.com/CARE) ។

ផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖ SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 ឬ ទូរសារទៅលេខ៖ (213) 244-4665

លេខគណនី

សូមផ្តល់លេខគណនីរបស់អ្នក ដើម្បីដំណើរការបានឆាប់រហ័ស។

ឈ្មោះរបស់អតិថិជន (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូលឱ្យដូចដែលមាននៅលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នក)

អាសយដ្ឋាន

ទីក្រុង

ទូរស័ព្ទចម្បង

## 1 ចំនួនមនុស្សសរុបនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (រួមបញ្ចូលទាំងខ្លួនអ្នក មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារផ្សេងទៀត)៖

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- ប្រសិនបើច្រើនជាង 6 នាក់៖

## 2 តើអ្នក (ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) បានចុះឈ្មោះកម្មវិធីជំនួយណាមួយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ?

- បាទ (ប្រសិនបើបាន សូមគូសលើរង្វង់●)
  - Medi-Cal/Medicaid៖ អាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ
  - Medi-Cal/Medicaid៖ អាយុ 65 ឆ្នាំ ឬលើស
  - Medi-Cal សម្រាប់គ្រួសារ A&B
  - កម្មវិធីស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)
  - CalWORKs (TANF) ឬ Tribal TANF
  - សម្រាប់តែអ្នកដែលមានសិទ្ធិចាប់ផ្តើមរកចំណូល - Tribal ប៉ុណ្ណោះ
  - ការិយាល័យជំនួយផ្នែកកិច្ចការទូទៅឥណ្ឌា
  - CalFresh (តែមអាហារ)
  - កម្មវិធីអាហារថ្ងៃត្រង់សាលាថ្នាក់ជាតិ (NSLP)
  - កម្មវិធីជំនួយថាមពលក្នុងស្រុកដែលមានចំណូលទាប (LIHEAP)
  - ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម
- មិនបាន (ប្រសិនបើមិនបាន តើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំមុនដកចេញរបស់អ្នក រួមទាំងសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារមានចំនួនប៉ុន្មាន?)
  - \$0 - \$34,840
  - \$34,841 - \$43,920
  - \$43,921 - \$53,000
  - \$53,001 - \$62,080
  - \$62,081 - \$71,160
  - ប្រសិនបើមានច្រើនជាង \$71,160 សូមបញ្ចូលចំនួនប្រាក់ដុល្លារនៅទីនេះ:  
\$ , .00 ក្នុងមួយឆ្នាំ។

### សូមគូសចំណាំប្រភពចំណូលរបស់អ្នក

- សន្តិសុខសង្គម
- SSP ឬ SSDI
- ប្រាក់សោធននិវត្តន៍
- ការប្រាក់ ឬភាគលាភដែលបានមកពីការសន្សំ ភាគហ៊ុន មូលបត្រ ឬគណនីចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ឈ្នួល និង/ ឬប្រាក់ខែ
- អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ
- ការធានារ៉ាប់រង ឬការដោះស្រាយតាមផ្លូវច្បាប់
- ពិការភាព ឬការទូទាត់ប្រាក់សំណងរបស់កម្មករ
- ការគាំទ្រពីស្វាមីភរិយា ឬកូន
- អាហាររូបករណ៍ ជំនួយឥតសំណង ឬជំនួយផ្សេងៗទៀតដែលបានចំណាយសម្រាប់ការរស់នៅ
- ចំណូលជួល ឬប្រាក់កម្រៃលើសិទ្ធិ
- សាច់ប្រាក់ ចំណូលផ្សេងទៀត ឬប្រាក់ចំណេញពីការងារផ្ទាល់ខ្លួន

## 3 សេចក្តីប្រកាស សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងកម្មវិធីនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ភស្តុតាងនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CARE ប្រសិនបើស្មោះ។ ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការជូនដំណឹងក្រុមហ៊ុនហ្គាសភាគខាងត្បូងរដ្ឋ California (SoCalGas®) ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើខ្ញុំលែងមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃដោយមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ខ្ញុំ ខ្ញុំត្រូវបង់ថ្លៃបញ្ចុះតម្លៃដែលខ្ញុំបានទទួល។ ខ្ញុំដឹងថា SoCalGas អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយកម្មវិធីប្រើប្រាស់ ឬភ្នាក់ងារផ្សេងៗ ដើម្បីចុះឈ្មោះខ្ញុំក្នុងកម្មវិធីជំនួយរបស់ពួកគេ។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ៖