

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СКИДКИ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE



Программа California Alternate Rates for Energy (CARE) предоставляет правомочным заказчикам SoCalGas® 20-процентную скидку при оплате ежемесячного счета за природный газ. Скидка будет распространяться на ежемесячные счета, выставленные после даты утверждения заявления компанией SoCalGas.

ПОЖАЛУЙСТА, НАПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОДИМ ИЗ УКАЗАННЫХ НИЖЕ СПОСОБОВ:

- 1) Посетите веб-сайт myaccount.socalgas.com или socalgas.com/care. Ваш запрос будет обработан немедленно.
- 2) Позвоните по тел. 866-716-3452 в любое время, 24 часа в сутки. Вы должны иметь под рукой номер своего счета.
- 3) Отправьте заполненный и подписанный бланк заявления по почте или по номеру факса 213-244-4665.

СУЩЕСТВУЕТ ДВА СПОСОБА ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ

ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ Если вы или другой член вашей семьи получаете пособия по любой из следующих программ:	МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ (действует с 1 июня 2021 г. по 31 мая 2022 г.) Количество человек в семье Суммарный годовой доход*	
Medi-Cal/Medicaid	1-2	\$34,840
Medi-Cal for Families A & B	3	\$43,920
Women, Infants, & Children (WIC)	4	\$53,000
CalWORKs (TANF) ¹ / Tribal TANF	5	\$62,080
Head Start Income Eligible – Tribal Only	6	\$71,160
Bureau of Indian Affairs General Assistance	7	\$80,240
CalFresh (Food Stamps)	8	\$89,320
National School Lunch Program (NSLP)	Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$9,080	
Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	*Включает текущий доход семьи из всех источников без учета вычетов.	
Supplemental Security Income		

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ:

- 1) Вы должны отвечать установленным требованиям, перечисленным в приведенной выше таблице.
- 2) Счет за природный газ должен быть выставлен на ваше имя, а в качестве адреса должен быть указан ваш основной адрес.
- 3) Вы не должны быть зарегистрированы в качестве иждивенца в налоговой декларации любого другого лица помимо вашего(ей) супруга(и).
- 4) Вы обязаны повторно подтвердить свое заявление по требованию.
- 5) Вы обязаны уведомить SoCalGas в течение 30 дней, если более не отвечаете установленным требованиям.
- 6) Вам может быть предложено подтвердить свое право участия в программе CARE.

ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ И СЛУЖБЫ, ТРЕБОВАНИЯМ КОТОРЫХ ВЫ МОЖЕТЕ ОТВЕЧАТЬ:

ПОМОЩЬ ДЛЯ ВАШЕГО ДОМА		
 <p>Получите бесплатные услуги по улучшению оборудования дома, помогающие вам экономить деньги и делающие вашу жизнь более комфортной</p>		<p>socalgas.com/improvements 1-800-331-7593</p>
ПОМОЩЬ С МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЛЬГОТНЫЙ ТАРИФ  <p>При наличии у вас тяжелого заболевания вы можете потреблять дополнительные количества природного газа по самому низкому базовому тарифу socalgas.com/medical 1-866-431-3517</p>	ПОМОЩЬ С ВАШИМИ СЧЕТАМИ ПОМОЩЬ С ЭНЕРГИЕЙ ДЛЯ ДОМА ЛИЦАМ С НИЗКИМИ ДОХОДАМИ <p>Помощь при оплате счетов, помощь со счетами в чрезвычайных ситуациях и услуги по утеплению 1-866-675-6623</p> ПЛАН УПРАВЛЕНИЯ ПРОСРОЧЕННЫМИ ПЛАТЕЖАМИ <p>Обеспечивает отказ от взыскания платежей по просроченным счетам для отвечающих требованиям заказчиков 1-800-427-2200</p>	ПОМОЩЬ С ВАШИМ ТЕЛЕФОНОМ CALIFORNIA LIFELINE <p>Услуги телефонной связи со скидкой для правомочных заказчиков Для ознакомления с более подробной информацией свяжитесь со своей телефонной компанией</p>

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

한국어: 1-800-427-0471
 Español: 1-800-342-4545

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

Для лиц с нарушениями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259
 (только на английском и испанском языках)

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СКИДКИ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНЯЙТЕ ТОЛЬКО ТЕМНО-СИНИМИ ИЛИ ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ

Пожалуйста, заполните бланк заявления и отправьте его по почте или факсом, или подайте заявление онлайн на веб-сайте socalgas.com/care.

Почтовый адрес: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 или отправьте факсом на номер: (213) 244-4665

НОМЕР СЧЕТА

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ НОМЕР СВОЕГО СЧЕТА ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ОБРАБОТКИ.

ИМЯ ЗАКАЗЧИКА (ИМЯ И ФАМИЛИЯ, ТАК, КАК УКАЗАНО В ВАШЕМ СЧЕТЕ)

АДРЕС

КВ./ПОМЕЩЕНИЕ №

ГОРОД

ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН

 - -

1

Общее число членов вашей семьи (включая вас, других взрослых и детей):

- 1 2 3 4 5 6 Если более 6:

2

Являетесь ли вы (или кто-либо из членов вашей семьи) участниками любой из следующих программ помощи?

ДА (Если да, отметьте соответствующий(е) кружок(ки) ●)

- Medi-Cal/Medicaid: возраст до 65 лет
- Medi-Cal/Medicaid: 65 лет и старше
- Medi-Cal for Families A и B
- Women, Infants and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) или Tribal TANF
- Head Start Income Eligible - Tribal Only
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- CalFresh (Food Stamps)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income

НЕТ (Если нет, чему равняется годовой доход семьи без вычетов, включая всех членов семьи?)

- \$0 - \$34,840
- \$34,841 - \$43,920
- \$43,921 - \$53,000
- \$53,001 - \$62,080
- \$62,081 - \$71,160
- Если более \$71,160, укажите величину в долларах здесь
\$, .00 в год.

Пожалуйста, укажите источники дохода

- Социальное обеспечение
- SSP или SSDI
- Пенсии
- Проценты или дивиденды со сбережений, акций, облигаций или пенсионных счетов
- Заработная плата и/или жалование
- Пособия по безработице
- Страховые выплаты или выплаты по решению суда
- Выплаты по инвалидности или компенсации рабочим
- Поддержка со стороны супруга(и) или детей
- Стипендии, гранты и другая помощь, используемые для оплаты расходов на проживание
- Доход от аренды или роялти
- Наличные, другие доходы или прибыль от индивидуального предпринимательства

3

Подтверждение Пожалуйста прочитайте и подпишите ниже.

Я заявляю, что предоставленная мной в этом заявлении информация является правильной и точной. Я обязуюсь предоставить свидетельства выполнения требований программы CARE по запросу. Я обязуюсь уведомить компанию Southern California Gas Company (SoCalGas) в течение 30 дней в случае утраты мной права на получение скидки. Я понимаю, что в случае неправомерного получения скидки я буду обязан возратить полученную мной скидку. Я понимаю, что компания SoCalGas может передавать мою информацию другим коммунальным компаниям или агентам для моего включения в их программы помощи.

ПОДПИСЬ:

X

ДАТА:

/ /