

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](http://myaccount.socalgas.com) 또는 [socalgas.com/care](http://socalgas.com/care)를 방문하십시오. 신청은 즉시 처리될 것입니다. (SoCalGas 요금 고지서 계정이 있는 고객의 경우)
- 2) 하루 24시간 언제든지 866-716-3452로 전화하십시오. 계좌 번호를 준비하십시오.
- 3) 작성 및 서명한 신청서를 우송하거나 213-244-4665에 팩스로 보내십시오.

**자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다**

공적 부조 프로그램 고객님 또는 고객님의 가족 중 다른 사람이 다음 프로그램의 혜택을 받는 경우: ←또는→	최대 가계 소득 (2019년 6월 1일부터 2020년 5월 31일까지 유효) 가구 구성원 수	총 연간 소득*
메디칼/메디케이드	1-2	\$33,820
가족을 위한 Medi-Cal A & B	3	\$42,660
여성, 유아 및 어린이 (WIC)	4	\$51,500
CalWORKs (TANF) / 인디언 부족 TANF	5	\$60,340
헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격- 인디언 부족만 해당	6	\$69,180
인디언 사무국 일반 지원	7	\$78,020
CalFresh (푸드 스탬프)	8	\$86,860
전국 학교 급식 프로그램(NSLP)		
저소득 주택 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)		
보조적 보장 소득(SSI)		

추가 가족 구성원 1인 당, \$8,840 추가  
\*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.

\*생산적 복지(Welfare-to-Work)를 포함시키십시오

**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 안됩니다.
- 4) 요청시 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><b>고객님 가정을 위한 도움</b></p>  <p>비용을 절약하고 보다 안락한 생활에 도움을 주는 에너지 절약 주택 개조를 무료로 받으십시오.</p> <p><b>Energy Savings Assistance Program</b></p> <p><a href="http://socalgas.com/improvements">socalgas.com/improvements</a> 1-800-331-7593</p>		
<p><b>의학적 필요에 대한 도움</b></p>  <p><b>의료 기준 할당</b> 고객님의 건강 상태가 위중한 경우 가장 낮은 기준 요금으로 천연 가스를 추가로 얻으십시오.</p> <p><a href="http://socalgas.com/medical">socalgas.com/medical</a> 1-866-431-3517</p>	<p><b>전화 요금에 대한 도움</b></p>  <p><b>캘리포니아 저소득 전화 요금 할인 (CALIFORNIA LIFELINE)</b> 자격이 되는 고객을 위한 전화 요금 할인 서비스</p> <p>자세한 정보는 전화 서비스 제공 업체에 문의하십시오</p>	<p><b>고지서에 대한 도움</b></p>  <p><b>저소득 에너지 보조</b> 고지서 요금 납부 지원, 긴급 요금 고지서 지원 및 내후성 서비스</p> <p>1-866-675-6623</p>

# 20% 할인 CARE 신청

진한 파란색 또는 검정색 잉크만 사용하십시오.

이 신청서를 작성하여 우편 또는 팩스로 보내거나 [socalgas.com/care](http://socalgas.com/care)에서 온라인으로 신청하십시오.

**다음 주소로 우송하십시오:** SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 또는 (213) 244-4665로 팩스해 주십시오

계정 번호

신속한 처리를 위해 고객님의 계정 번호를 알려주십시오.

고객 이름 (요금 고지서에 나와 있는 이름 및 성)

주소

아파트/스페이스 번호

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?

- |   |  |
|---|--|
| <p><input type="radio"/> 예 (예의 경우, 동그라미를 검게 칠해 넣으십시오 ●)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 메디칼/메디케이드: 65세 미만</li> <li><input type="radio"/> 메디칼/메디케이드: 65세 이상</li> <li><input type="radio"/> 가족을 위한 메디칼 A&amp;B</li> <li><input type="radio"/> 여성, 영아 및 어린이 프로그램(WIC)</li> <li><input type="radio"/> CalWORKs (TANF) 또는 인디언 부족 TANF</li> <li><input type="radio"/> 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격 - 인디언 부족만 해당</li> <li><input type="radio"/> 인디언 사무국 일반 지원</li> <li><input type="radio"/> CalFresh (푸드 스탬프)</li> <li><input type="radio"/> 전국 학교 급식 프로그램(NSLP)</li> <li><input type="radio"/> 저소득 주택 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)</li> <li><input type="radio"/> 보조적 보장 소득(SSI)</li> </ul> | <p><input type="radio"/> 아니오 (아니오의 경우, 모든 가구 구성원을 포함한 고객님의 가구의 공제 전 연간 가구 소득은 얼마입니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> \$0 - \$33,820</li> <li><input type="radio"/> \$33,821 - \$42,660</li> <li><input type="radio"/> \$42,661 - \$51,500</li> <li><input type="radio"/> \$51,501 - \$60,340</li> <li><input type="radio"/> \$60,341 - \$69,180</li> <li><input type="radio"/> \$69,180 이상인 경우 여기에 달러 금액을 기입하십시오<br/>연간 \$ <input type="text"/>, <input type="text"/> .00</li> </ul> <p><b>고객님의 수입원을 표시하십시오</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 사회 보장 연금</li> <li><input type="radio"/> SSP 또는 SSDI</li> <li><input type="radio"/> 연금</li> <li><input type="radio"/> 저축, 주식, 채권 또는 은퇴 계좌의 이자 또는 배당금</li> <li><input type="radio"/> 임금 및/또는 급여</li> <li><input type="radio"/> 실업 수당</li> <li><input type="radio"/> 보험 또는 법적 합의금</li> <li><input type="radio"/> 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금</li> <li><input type="radio"/> 배우자 부양비 또는 자녀 양육비</li> <li><input type="radio"/> 장학금, 보조금 또는 기타 생활비로 사용된 보조금</li> <li><input type="radio"/> 임대 또는 저작권 사용료 소득</li> <li><input type="radio"/> 현금, 기타 소득 또는 자영업 이익</li> </ul> |
|---|--|

## 3 선언 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본인은 이 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 요청이 있는 경우 CARE 자격 증명을 제공할 것에 동의합니다. 본인은 더 이상 할인을 받을 자격이 없는 경우 30일 이내에 Southern California Gas Company (SoCalGas)에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 할인을 받을 자격이 되지 않는데도 할인을 받는 경우, 할인 받은 금액을 반환해야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 SoCalGas가 다른 유틸리티사 또는 그들의 대리인이 본인을 그들의 프로그램에 등록할 수 있도록 본인의 정보를 공유할 수 있다는 점을 이해합니다.

서명: X

날짜:  /  /