



A Sempra Energy utility®

20% DISKWENTO APLIKASYON SA CARE

Nag-aalok ang programang California Alternate Rates for Energy (CARE) sa mga kwalipikadong customer ng SoCalGas® ng 20 porsyentong diskwento sa kanilang buwanang bayarin sa natural gas. Ilalapat ang diskwento sa mga buwanang bayarin sa natural gas pagkatapos ng petsa kung kailan naaprubahan ang aplikasyon ng SoCalGas.

MANGYARING MAGSUMITE NG NASAGUTANG APLIKASYON SA PAMAMAGITAN NG PAGGAMIT NG ISA SA MGA PAMAMARAANG NAKALISTA SA IBABA:

- 1) Bisitahin ang myaccount.socalgas.com o socalgas.com/care. Ipoproso kaagad ang iyong kahilingan. (Para sa mga customer na may bill account sa SoCalGas)
- 2) Tumawag sa 866-716-3452 anumang oras 24 na oras sa isang araw. Pakihanda ang numero ng iyong account.
- 3) Ibalik ang nasagutan at nalagdaang form sa pamamagitan ng mail o fax sa 213-244-4665.

MAY DALAWANG PARAAN PARA MAGING KWALIPIKADO

MGA PROGRAMA NG PAMPUBLIKONG TULONG

Kung nakakatanggap ka o sinupamang tao sa iyong sambahayan ng mga benepisyo mula sa alinman sa mga sumusunod na programa:

Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal for Families A & B
Women, Infants, & Children (WIC)
CalWORKs (TANF) ¹ / Tribal TANF
Head Start Income Eligible – Tribal Lang
Bureau of Indian Affairs General Assistance
CalFresh (Mga Food Stamp)
National School Lunch Program (NSLP)
Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Supplemental Security Income

¹ Kabilang ang Welfare-to-Work

← O KAYA →

MAXIMUM NA KITA NG SAMBAHAYAN

(may bisa simula Hunyo 1, 2019 hanggang Mayo 31, 2020)

Bilang ng Mga Tao sa Sambahayan	Kabuung Taunang Kita*
1-2	\$33,820
3	\$42,660
4	\$51,500
5	\$60,340
6	\$69,180
7	\$78,020
8	\$86,860

Para sa bawat karagdagang miyembro ng sambahayan, magdagdag ng \$8,840

*Kabilang ang kasalukuyang kita ng sambahayan mula sa lahat ng pinagmumulan bago ang mga pagkakalatas.

MGA KUNDISYON PARA SA PAGLAHOK:

1) Dapat mong matugunan ang mga pag-aatas sa kwalipikasyon sa talahanayan sa itaas. 2) Nakapangalan dapat sa iyo ang bayarin sa natural gas at pangunahing address mo dapat ang address. 3) Hindi ka dapat i-claim na dependent sa income tax return ng ibang tao maliban sa iyong asawa. 4) Dapat mong muling i-certify ang iyong aplikasyon kapag hiniling. 5) Dapat mong abisuhan ang SoCalGas sa loob ng 30 araw kung hindi ka na kwalipikado. 6) Maaaring hilingin sa iyong i-verify ang iyong pagiging kwalipikado para sa CARE.

IBA PANG PROGRAMA AT SERBISYO KUNG SAAN KA MAAARING KWALIPIKADO:

TULONG PARA SA IYONG TAHANAN



Makatanggap ng mga pagpapahusay sa tahanan na tipid sa enerhiya nang walang gastos at nakakatulong sa iyo na makatipid ng pera at maging mas maginhawa

**Energy Savings
Assistance Program**

socalgas.com/improvements
1-800-331-7593

TULONG PARA SA MGA MEDIKAL NA PANGANGAILANGAN



ALLOWANCE SA MEDIKAL NA BASELINE

Makakuha ng karagdagang natural gas sa pinakamababang rate ng baseline kung mayroon kang malubhang kundisyong pangkalusugan

socalgas.com/medical
1-866-431-3517

TULONG SA IYONG TELEPONO



CALIFORNIA LIFELINE

Mga may diskwentong serbisyo sa telepono para sa mga kwalipikadong customer

Para sa higit pang impormasyon makipag-ugnayan sa service provider ng iyong telepono

TULONG SA IYONG BAYARIN



TULONG SA ENERHIYA NG TAHANANG MABABA ANG KITA

Tulong sa pagbabayad ng bayarin, pang-emergency na tulong sa bayarin, at mga serbisyo ng weatherization

1-866-675-6623

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

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

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

May Kapansanan sa Pandinig (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available sa English at Spanish lang)

20% DISKWENTONG APLIKASYON SA CARE

MANGYARING GUMAMIT LANG NG DARK BLUE O ITIM NA TINTA

Pakikumpleto at pakibalik ang aplikasyong ito sa pamamagitan ng mail, fax, o mag-apply online sa socialgas.com/care.

Ipadala sa: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 o I-fax sa: (213) 244-4665

NUMERO NG ACCOUNT

PAKIBIGAY ANG NUMERO NG IYONG ACCOUNT PARA MAPABILIS ANG PAGPOPROSESO.

PANGALAN NG CUSTOMER (PANGALAN AT APELYIDO KUNG PAANO ITO NAKASULAT SA IYONG BILL)

ADDRESS

APT/SPACE #

LUNGSOD

PANGUNAHING TELEPONO

1 Kabuuang bilang ng mga tao sa iyong sambahayan (kabilang ang iyong sarili, iba pang taong nasa hustong gulang, at mga bata):

- 1 2 3 4 5 6 Kung mahigit 6:

2 Ikaw ba (o ang sinuman sa iyong sambahayan) ay nakatala sa alinman sa mga sumusunod na programa ng tulong?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="radio"/> OO (Kung oo, pakiiitman ang (mga) bilog ●)</p> <p><input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid: Wala pang 65 taong gulang</p> <p><input type="radio"/> Medi-Cal/Medicaid: 65 taong gulang o mas matanda pa</p> <p><input type="radio"/> Medi-Cal for Families A&B</p> <p><input type="radio"/> Women, Infants and Children Program (WIC)</p> <p><input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o Tribal TANF</p> <p><input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Lang</p> <p><input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance</p> <p><input type="radio"/> CalFresh (Mga Food Stamp)</p> <p><input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)</p> <p><input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</p> <p><input type="radio"/> Supplemental Security Income</p> | <p><input type="radio"/> HINDI (Kung hindi, ano ang iyong taunang kita ng sambahayan bago ang mga pagkakaltas, kabilang ang lahat ng miyembro ng sambahayan?)</p> <p>\$0 - \$33,820</p> <p><input type="radio"/> \$33,821 - \$42,660</p> <p><input type="radio"/> \$42,661 - \$51,500</p> <p><input type="radio"/> \$51,501 - \$60,340</p> <p><input type="radio"/> \$60,341 - \$69,180</p> <p><input type="radio"/> Kung mahigit \$69,180, ilagay ang halaga sa dolyar dito \$ <input type="text"/>, <input type="text"/>.00 kada taon.</p> <p>Pakimarkahan ang iyong mga pinagkukunan ng kita</p> <p><input type="radio"/> Social Security</p> <p><input type="radio"/> SSP o SSDI</p> <p><input type="radio"/> Mga Pension</p> <p><input type="radio"/> Interes o mga dividend mula sa savings, stocks, bonds, o mga retirement account</p> <p><input type="radio"/> Suweldo</p> <p><input type="radio"/> Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho</p> <p><input type="radio"/> Mga insurance o legal settlement</p> <p><input type="radio"/> Mga pagbabayad sa kapansanan o mga manggagawa</p> <p><input type="radio"/> Suporta ng asawa o anak</p> <p><input type="radio"/> Mga scholarship, grant, o iba pang tulong na ginagamit para sa mga pang-araw-araw na gastusin</p> <p><input type="radio"/> Kita sa pagpapaupa o royalty</p> <p><input type="radio"/> Cash, iba pang kita, o tubo mula sa self-employment</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3 Pahayag Pakibasa at lumagda sa ibaba.

Inihahayag ko na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo at tama. Pumapayag akong magbigay ng patunay ng pagiging kwalipikado sa CARE kung hihilingin ito sa akin. Sumasang-ayon akong ipaalam sa Southern California Gas Company (SoCalGas®) sa loob ng 30 araw kung hindi na ako kwalipikadong makatanggap ng diskwento. Nauunawaan kong kung matatanggap ko ang diskwento nang hindi nagiging kwalipikado para dito, inaatasan akong bayaran ang diskwentong natanggap ko. Nauunawaan kong maaaring ibahagi ng SoCalGas ang aking impormasyon sa iba pang utility o ahente upang itala ako sa kanilang mga programa ng tulong.

LAGDA:

PETSA: