

خصم 20%

طلب التقدم لبرنامج CARE



إن برنامج أسعار كاليفورنيا البديلة للطاقة (CARE) يقدم لعملائه المستحقين في شركة غاز جنوب كاليفورنيا SoCalGas® خصم مقداره 20% على فواتير الغاز الطبيعي الشهرية. سوف تنطبق هذه الوثيقة على فواتير الغاز الشهرية عقب تاريخ موافقة شركة SoCalGas على الطلب.

يُرجى تقديم الطلب بعد استكماله عن طريق استخدام واحدة من الطرق المدرجة أدناه:

- ✦ قم بزيارة موقع myaccount.socalgas.com أو socalgas.com/care. سوف يتم معالجة طلبك في الحال. (للعلاء الذين لديهم حساب فواتير SoCalGas)
- ✦ اتصل بهاتف رقم 866-716-3452 في أي وقت على مدار 24 ساعة في اليوم. يُرجى أن تكون جاهز برقم حسابك.
- ✦ أعد إرسال النموذج بعد تعبئته وتوقيعه عن طريق البريد أو الفاكس على رقم 213-244-4665.

هناك طريقتين للتأهل للبرنامج

دخل الأسرة الأقصى MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME (اعتباراً من 1 يونيو 2020 وحتى 31 مايو 2021) إجمالي الدخل السنوي* عدد الأفراد في الأسرة	1-2
34,480 دولار	3
43,440 دولار	4
52,400 دولار	5
61,360 دولار	6
70,320 دولار	7
79,280 دولار	8
88,240 دولار	

لكل عضو إضافي في الأسرة، أضف 8,960 دولار
*يتضمن هذا دخل الأسرة الحالي من كل المصادر قبل الاستقطاعات.



برامج الدعم العام إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرته تتلقون مساعدات من أي من البرامج التالية:
برنامج ميدي كال/ميدي كيد
برنامج ميدي كال للعائلات A & B
برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)
برنامج كول وركس (TANF) / 1 (TANF) القبلي
برنامج المستحقين للدخل الأولي - قبلي فقط
برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية
برنامج كول فريش (طوابع الغذاء)
برنامج الغذاء المدرسي الوطني (NSLP)
برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)
برنامج دخل الضمان الاجتماعي التكميلي

¹ يتضمن برنامج Welfare-to-Work لمساعدة متلقي الإعانات الاجتماعية على إيجاد فرص عمل

شروط المشاركة:

- ✦ يجب أن يتوفر فيك متطلبات الاستحقاق المدرجة في الجدول السابق. ✦ يجب أن تكون فاتورة الغاز الطبيعي باسمك ويجب أن يكون العنوان المدرج بها هو عنوانك الرئيسي. ✦ يجب ألا تكون مطالباً بعائد ضريبة الدخل باعتبارك معتمد على شخص آخر غير زوجك. ✦ يجب عليك إعادة التصديق على طلبك عندما يُطلب منك ذلك.
- ✦ يجب عليك إخطار شركة SoCalGas في غضون 30 يوماً إذا لم تعد مستحقاً. ✦ قد يُطلب منك التحقق من أهليتك لبرنامج CARE.

فيما يلي البرامج والخدمات الأخرى التي يمكن أن تتأهل لها:

برنامج مساعدة لأسرتهك HELP FOR YOUR HOME		
socalgas.com/improvements 1-800-331-7593	Energy Savings Assistance Program	تتلقى بموجب هذا البرنامج تحسينات تساعد على توفير الطاقة مجاناً تساعدك في توفير المال وتوفر لك المزيد من الراحة

برنامج المساعدة في الفواتير HELP WITH YOUR BILL
برنامج المساعدة في الطاقة للأسر منخفضة الدخل هو برنامج للمساعدة في دفع الفواتير والمساعدة الطارئة في الفواتير وخدمات حماية المباني من الظروف الجوية
1-866-675-6623

برنامج المساعدة في الهاتف HELP WITH YOUR PHONE
خط الحياة بكاليفورنيا CALIFORNIA LIFELINE خدمات هاتفية مخفضة للعملاء المؤهلين لمزيد من المعلومات اتصل بموفر خدمة الهاتف

برنامج المساعدة في الاحتياجات الطبية HELP FOR MEDICAL NEEDS
البديل الطبي الأساسي تحصل بموجبه على غاز طبيعي بأقل سعر أساسي إذا كنت تعاني من حالة صحية خطيرة
socalgas.com/medical 1-866-431-3517

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

لضعاف السمع (الصم والبكم): 1-800-252-0259 (متاحة باللغتين الإنجليزية والأسبانية فقط)

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

فاكس: (213) 244-4665

خصم 20% طلب تقدم لبرنامج CARE

يُرجى استخدام الحبر الأزرق الداكن أو الأسود فقط

يُرجى تعبئة الطلب وإرساله مرة أخرى بالبريد أو الفاكس أو التقدم عن طريق الإنترنت على هذا الرابط socialgas.com/care.

يُرسل البريد على العنوان التالي: 1249-SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051 أو إرسال فاكس على رقم: (213)244-4665

رقم الحساب

يُرجى توفير رقم حسابك لتسريع معالجة طلبك.

اسم العميل (الاسم الأول والأخير كما هو ظاهر في فاتورتك)

رقم المنزل/المكان

العنوان

الهاتف الرئيسي

المدينة

إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما فيهم أنت، والأشخاص البالغين الآخرين، والأطفال):

1 2 3 4 5 6 إذا كان العدد أكثر من 6:

هل أنت (أو أي فرد في أسرتك) مدرج في أي من برامج المساعدة التالية؟

لا (إذا كانت الإجابة لا، فما هو دخل أسرتك السنوي قبل الاستقطاعات، بما في ذلك كل أفراد أسرتك؟)

نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تظليل الدائرة (الدوائر) ●)

برنامج ميدي كال/ميدي كيد: تحت سن 65 سنة

برنامج ميدي كال/ميدي كيد: 65 سنة أو أكبر

برنامج ميدي كال للعائلات أ & ب

برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)

برنامج كول وركس (TANF) / (TANF) القبلي

برنامج المستحقين للدخل الأولي - قبلي فقط

برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية

برنامج كول فريش (طوايع الغذاء)

برنامج الغذاء المدرسي الوطني (NSLP)

برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)

برنامج دخل الضمان الاجتماعي التكميلي

0 دولار - 34,480 دولار
34,481 دولار - 43,440 دولار
43,441 دولار - 52,400 دولار
52,401 دولار - 61,360 دولار
61,361 دولار - 70,320 دولار
إذا كان الدخل أكبر من 70,320 دولار أدخل القيمة بالدولار هنا
00. , دولار في السنة

يُرجى التأشير أمام مصادر دخلك

ضمان اجتماعي

دخل ضمان اجتماعي تكميلي أو تأمين الضمان الاجتماعي ضد العجز

معاشات

فوائد أو أرباح من حسابات التوفير أو الأسهم أو السندات أو حسابات التقاعد

أجور أو مرتبات أو كليهما معًا

إعانات بطالة

تأمين أو تسويات قانونية

مدفوعات إعاقة أو تعويضات عاملين

دعم زواج أو إعالة

منح دراسية، أو منح، أو مساعدات أخرى مستخدمة في تغطية نفقات المعيشة

دخل من الإيجار أو الإتاوات

أموال نقدية، مصدر دخل آخر، أو ربح من توظيف ذاتي

إقرار يُرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه. أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة. أوافق على تقديم إثبات أحقيتي في الاستفادة من برنامج CARE إن طلبتني ذلك. أوافق على إخطار شركة غاز جنوب كاليفورنيا (SoCalGas®) في غضون 30 يومًا إذا لم أعد مستحقًا لتلقي الخصم. أدرك أنني إذا تلقيت خصمًا بدون استحقاق له، يكون عليّ أن أرد الخصم الذي تلقيته. أدرك أن شركة SoCalGas يمكنها مشاركة معلوماتي مع المرافق العامة الأخرى أو الوكلاء لإدراجي في برامج المساعدة الخاصة بهم.

التاريخ: / /

التوقيع: