

20% 折扣 CARE 申請



加州能源優惠 (CARE) 計劃為符合資格的 SoCalGas® 客戶提供每月天然氣帳單 20% 折扣。折扣適用於申請經過 SoCalGas 核准的日期之後每月天然氣帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請：

- 1) 造訪 myaccount.socalgas.com 或 socalgas.com/CARE。您的申請會得到立即處理。
(開設 SoCalGas 帳單帳戶的客戶)
- 2) 隨時撥打 24 小時全天候電話 866-716-3452。請準備好帳號。
- 3) 透過郵寄或傳真 (號碼 213-244-4665) 方式發回填妥並簽名的表單。

有兩種方式獲取資格

公共援助計劃	← 或者 →	家庭總收入
如果您或者您家庭中的另一成員從以下計劃中的任意一項獲益：		(2020 年 6 月 1 日至 2021 年 5 月 31 日有效) 家庭成員數量 總年收入*
Medi-Cal/Medicaid		1-2 \$34,480
A 和 B 類家庭 Medi-Cal		3 \$43,440
婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)		4 \$52,400
CalWORKs (TANF)/部落 TANF		5 \$61,360
學前教育班補助金計劃 — 僅限部落		6 \$70,320
印第安事務局一般協助計劃		7 \$79,280
CalFresh (食物券)		8 \$88,240
全國學童午餐計劃 (NSLP)		
低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)		
社會安全補助金		





家庭中每多一名成員則增加 8,960 美元
*包括扣減前所有來源的當前家庭收入。

† 包括 Welfare-to-Work

參與條件：

1) 您必須滿足上表中的資格要求。2) 天然氣帳單必須在您的名下，地址必須是您的主要地址。3) 您不得聲明為除您配偶之外其他人的所得稅申報表的受援助者。4) 您必須在需要時重新認證您的申請。5) 如果您不再符合資格，您必須在 30 天之內通知 SoCalGas。6) 您可能被要求確認您的 CARE 參與資格。

您可能有資格參與的計劃和服務：

家居援助  獲得既省錢又提高舒適性的免費節能家居裝修	Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593	
醫療援助  醫療基礎優惠 如有嚴重健康狀況，以最低的基礎費率獲取額外的天然氣 socalgas.com/medical 1-866-431-3517	電話援助  CALIFORNIA LIFELINE 為符合資格的客戶提供電話服務折扣 如需更多資訊，請聯絡電話服務提供商	帳單援助  低收入家庭能源協助 帳單支付援助、能源帳單援助和防寒保暖服務 1-866-675-6623

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

傳真: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

聽障專線 (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (僅限英語和西班牙語)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

20% 折扣 CARE 申請

請只使用深藍或黑色墨水筆

請填妥這份申請並透過郵寄或傳真方式發回，或造訪 socalgas.com/care 線上申請。

郵寄地址：SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249，傳真號碼：(213) 244-4665

帳號

請提供您的帳號以加快處理

客戶姓名（帳單上顯示的姓名）

地址

公寓/空間號碼

城市

主要電話號碼

1 家庭成員總數（包括您自己及其他成人和兒童）：

- 1 2 3 4 5 6 如果超過 6 人：

2 您（或您的家人）是否已登記參加以下任何援助計劃？

- 是（如果「是」，請畫實心圓圈 ●）
- Medi-Cal/Medicaid：65 歲以下
 - Medi-Cal/Medicaid：65 歲（含）以上
 - A 和 B 類家庭 Medi-Cal
 - 婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)
 - CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
 - 學前教育班補助金計劃 — 僅限部落
 - 印第安事務局一般協助計劃
 - CalFresh（食物券）
 - 全國學童午餐計劃 (NSLP)
 - 低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)
 - 社會安全補助金
- 否（如果「否」，扣減前家庭年收入是多少（包括所有家庭成員？）
- \$0 - \$34,480
 - \$34,481 - \$43,440
 - \$43,441 - \$52,400
 - \$52,401 - \$61,360
 - \$61,361 - \$70,320
 - 如果超過 \$70,320，在此輸入美元金額
\$, .00 /年。
- 請選擇收入來源
- 社會保障
 - SSP 或 SSDI
 - 養老金
 - 儲蓄、股票、債券或退休帳戶利息或股息
 - 工資和/或薪金
 - 失業津貼
 - 保險或法律賠償
 - 殘障或工人補償金
 - 配偶贍養費或子女撫養費
 - 獎學金、補助或其他生活費援助
 - 租金或版稅收入
 - 現金、其他收入或自僱所得

3 宣告 請閱讀以下內容並簽名。

本人申明，本人在此申請中提供的資訊真實正確。本人同意，應要求提供 CARE 資格證明。本人同意，如果不再符合折扣優惠資格，則在 30 天之內通知 Southern California Gas Company (SoCalGas®)。本人瞭解，如果獲得折扣而不符合資格，本人需要退還所獲折扣。本人瞭解，SoCalGas 可與其他公用事業公司或代理分享本人資訊，以招募本人參與援助計劃。

簽名： X

日期： / /