

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 за природный газ, 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. (Для заказчиков, имеющих счет для оплаты услуг SoCalGas).
- 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	←или→		МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ
Если вы или другой член вашей семьи получает пособия по любой из следующих программ:			(действует с 1 июня 2020 г. по 31 мая 2021 г.)
			Количество человек в семье Суммарный годовой доход*
Medi-Cal/Medicaid			1-2 \$34,480
Medi-Cal for Families A & B			3 \$43,440
Women, Infants, & Children (WIC)			4 \$52,400
CalWORKs (TANF) ¹ / Tribal TANF			5 \$61,360
Head Start Income Eligible — Tribal Only			6 \$70,320
Bureau of Indian Affairs General Assistance			7 \$79,280
CalFresh (Food Stamps)			8 \$88,240
National School Lunch Program (NSLP)			
Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)			
Supplemental Security Income			
			Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$8,960 *Включает текущий доход семьи из всех источников без учета вычетов.

¹ Включает Welfare-to-Work

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 Получите бесплатные услуги по улучшению оборудования дома, помогающие вам экономить деньги и делающие вашу жизнь более комфортной. Energy Savings Assistance Program socalgas.com/improvements 1-800-331-7593		
ПОМОЩЬ С МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЛЬГОТНЫЙ ТАРИФ 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	ПОМОЩЬ С ВАШИМ ТЕЛЕФОНОМ CALIFORNIA LIFELINE Услуги телефонной связи со скидкой для правомочных заказчиков. Для ознакомления с более подробной информацией свяжитесь со своей телефонной компанией.	ПОМОЩЬ С ВАШИМИ СЧЕТАМИ ПОМОЩЬ С ЭНЕРГИЕЙ ДЛЯ ДОМА ЛИЦАМ С НИЗКИМИ ДОХОДАМИ Помощь при оплате счетов, помощь со счетами в чрезвычайных ситуациях и услуги по утеплению. 1-866-675-6623

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

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

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 – \$34,480
- \$34,481 - \$43,440
- \$43,441 - \$52,400
- \$52,401 - \$61,360
- \$61,361 - \$70,320
- Если более \$70,320, 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:

ДАТА: