

GIẢM GIÁ 20% ĐƠN XIN CARE



Chương Trình Giảm Tiền Trong Hóa Đơn Năng Lượng của California (CARE) cho phép những khách hàng đủ điều kiện của SoCalGas® khoản giảm giá 20 phần trăm hóa đơn gas hàng tháng của họ. Khoản chiết khấu này được áp dụng trên các hóa đơn gas hàng tháng sau ngày đơn xin này được SoCalGas chấp thuận.

VUI LÒNG NỘP BẢN ĐƠN ĐÃ HOÀN TẤT SỬ DỤNG MỘT TRONG CÁC CÁCH THỨC DƯỚI ĐÂY:

- 1) Truy cập trang mạng myaccount.socalgas.com hoặc socalgas.com/CARE. Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý ngay tức thì. (Đối với các khách hàng có số tài khoản hóa đơn thanh toán với SoCalGas)
- 2) Gọi vào số 866-716-3452 bất kỳ lúc nào, 24 giờ một ngày. Vui lòng chuẩn bị sẵn số tài khoản của quý vị.
- 3) Gửi bản mẫu đơn đã hoàn tất và ký tên qua thư bưu điện hoặc gửi fax đến số 213-244-4665.

CÓ HAI CÁCH XÉT ĐỦ ĐIỀU KIỆN

CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP XÃ HỘI Nếu quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận phúc lợi từ bất kỳ các chương trình sau:	← HAY →	THU NHẬP TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH (có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2020 đến 31 tháng 5 năm 2021) Số Thành viên trong Hộ gia đình	Tổng Thu nhập Hàng năm*
Medi-Cal/Medicaid		1-2	\$34,480
Medi-Cal dành cho Gia đình A & B		3	\$43,440
Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)		4	\$52,400
CalWORKs (TANF) ¹ / Tribal TANF		5	\$61,360
Head Start Thu nhập Đủ điều kiện — Dành cho Bộ lạc		6	\$70,320
Hỗ trợ Chung từ Cục Đặc trách Dân bản thổ (BIA)		7	\$79,280
CalFresh (Tem Thực Phẩm)		8	\$88,240
Chương trình Quốc gia Ăn trưa tại Trường (NSLP)			
Chương trình Hỗ trợ Năng lượng tại Nhà Thu nhập thấp (LIHEAP)			
Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI)			





*Đối với mỗi thành viên hộ gia đình bổ sung, thêm vào \$8,960
*Bao gồm thu nhập hộ gia đình hiện tại từ tất cả các nguồn trước khi khấu trừ.

¹ Bao gồm Welfare-to-Work

ĐIỀU KIỆN THÀM GIA:

1) Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện trong bảng trên. 2) Hóa đơn gas phải có tên quý vị và địa chỉ phải là địa chỉ cư ngụ chính của quý vị. 3) Quý vị không được tuyên bố là người phụ thuộc trên bản khai thuế của người khác khác ngoài vợ/chồng của mình. 4) Quý vị phải tái xác nhận lại đơn xin của mình khi được yêu cầu. 5) Quý vị phải thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu mình không còn hội đủ điều kiện. 6) Quý vị có thể được yêu cầu xác minh hội đủ điều kiện chương trình CARE.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN:

TRỢ GIÚP CHO NHÀ CỦA QUÝ VỊ		
	Nhận được các cải thiện nhà tiết kiệm năng lượng miễn phí giúp quý vị tiết kiệm tiền và cảm thấy thoải mái hơn	Energy Savings Assistance Program socalgas.com/Improvements 1-800-331-7593
TRỢ GIÚP Y TẾ	TRỢ GIÚP ĐIỆN THOẠI	TRỢ GIÚP THANH TOÁN HÓA ĐƠN
		
TRỢ CẤP Y TẾ CƠ SỞ Nhận thêm gas ở mức cơ bản thấp nhất nếu quý vị gặp tình trạng sức khỏe nghiêm trọng socalgas.com/medical 1-866-431-3517	CALIFORNIA LIFELINE Dịch vụ điện thoại giảm giá cho khách hàng đủ điều kiện Để biết thêm thông tin, liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ điện thoại của quý vị	TRỢ GIÚP NĂNG LƯỢNG TẠI NHÀ THU NHẬP THẤP Hỗ trợ thanh toán hóa đơn, hỗ trợ thanh toán hóa đơn khẩn cấp và dịch vụ hao mòn do thời tiết 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

Khiếm thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (hiện chỉ có tiếng Anh và Tây Ban Nha)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

ĐƠN XIN GIẢM GIÁ 20% CHƯƠNG TRÌNH CARE

VUI LÒNG CHỈ SỬ DỤNG MỤC XANH ĐẬM HOẶC MỤC ĐEN

Vui lòng hoàn thành và gửi lại đơn này bằng thư bưu điện, fax hoặc đăng ký trực tuyến tại socialgas.com/care.

Gửi thư đến: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 hoặc Fax đến số (213) 244-4665

SỐ TÀI KHOẢN

VUI LÒNG CUNG CẤP SỐ TÀI KHOẢN CỦA QUÝ VỊ ĐỂ XỬ LÝ ĐƠN.

TÊN KHÁCH HÀNG (HỌ VÀ TÊN GIỐNG NHƯ HIỂN THỊ TRÊN HÓA ĐƠN THANH TOÁN CỦA QUÝ VỊ)

ĐỊA CHỈ

CĂN HỘ/SPACE #

THÀNH PHỐ

SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH

1 Tổng số người trong gia đình của quý vị (bao gồm chính quý vị, người lớn và trẻ em khác):

1

2

3

4

5

6

Nếu hơn 6 người:

2 Quý vị (hoặc ai đó trong gia đình) đã nhận được bất kỳ chương trình hỗ trợ nào sau đây?

CÓ (Nếu có, vui lòng tô (các) vòng tròn ●)

Medi-Cal/Medicaid: Dưới 65 tuổi

Medi-Cal/Medicaid: Từ 65 tuổi trở lên

Medi-Cal for Families A&B

Women, Infants and Children Program (WIC)

CalWORKs (TANF) hoặc 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)

Thu nhập An sinh Bổ sung

KHÔNG (Nếu không, thu nhập hộ gia đình hàng năm của quý vị là bao nhiêu trước khấu trừ, bao gồm tất cả các thành viên trong gia đình?)

\$0 - \$34,480

\$34,481 - \$43,440

\$43,441 - \$52,400

\$52,401 - \$61,360

\$61,361 - \$70,320

Nếu nhiều hơn \$70,320, điền số tiền thu nhập ở đây

\$, .00 mỗi năm.

Vui lòng cho biết các nguồn thu nhập của quý vị

Social Security

SSP hoặc SSDI

Tiền hưu trí

Tiền lãi hoặc cổ tức từ khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí

Tiền công và/hoặc tiền lương

Trợ cấp thất nghiệp

Tiền giải quyết bảo hiểm hoặc pháp lý

Tiền bồi thường khuyết tật hoặc bảo hiểm lao động

Trợ cấp nuôi con hoặc cho vợ/chồng

Học bổng, trợ cấp, hoặc viện trợ khác được sử dụng cho chi sinh hoạt

Thu nhập cho thuê hoặc tiền bản quyền

Tiền mặt, thu nhập khác hoặc lợi nhuận từ công việc tự do

3 Tuyên bố Vui lòng đọc và ký tên bên dưới.

Tôi tuyên bố rằng thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về việc đủ điều kiện CARE nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho Công ty Gas Southern California Gas Company (SoCalGas) trong vòng 30 ngày nếu tôi không còn đủ điều kiện để nhận được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được giảm giá mà không đủ điều kiện cho phúc lợi này, tôi bắt buộc phải trả lại khoản chiết khấu tôi nhận được. Tôi hiểu rằng SoCalGas có thể chia sẻ thông tin của tôi với các nhà cung cấp tiện ích hoặc đại lý khác để ghi danh cho tôi vào các chương trình hỗ trợ của họ.

KÝ TÊN:

NGÀY: