

# ใบสมัครส่วนลด 20% โปรแกรม CARE



โปรแกรม California Alternate Rates for Energy (CARE) มอบส่วนลด 20 เปอร์เซ็นต์สำหรับค่าบริการก๊าซธรรมชาติรายเดือนให้กับลูกค้า SoCalGas® ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ส่วนลดจะถูกนำไปใช้กับค่าบริการก๊าซธรรมชาติรายเดือนโดยเริ่มต้นจากวันที่ใบสมัครได้รับการอนุมัติจาก SoCalGas

## โปรดส่งใบสมัครที่กรอกแล้วโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้:

- 1) ไปที่ [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) หรือ [socalgas.com/CARE](http://socalgas.com/CARE) ค่าขอของคุณจะได้รับการดำเนินการทันที (สำหรับลูกค้าที่มีบัญชีเรียกเก็บเงิน SoCalGas)
- 2) โทร 866-716-3452 ได้ตลอดเวลาตลอด 24 ชั่วโมง กรุณาเตรียมหมายเลขบัญชีของคุณให้พร้อม
- 3) ส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและลงนามแล้วมาทางไปรษณีย์หรือส่งโทรสารมาที่ 213-244-4665

## มีสองทางที่จะมีคุณสมบัติสมัครได้





โครงการสังคมสงเคราะห์ หากคุณหรือบุคคลอื่นในครัวเรือนของคุณได้รับประโยชน์จากโครงการใดโครงการหนึ่งดังต่อไปนี้:	← หรือ →	รายได้ครัวเรือนขั้นสูงสุด (มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2020 ถึง 31 พฤษภาคม 2021) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	รายได้รวมต่อปี*
Medi-Cal/Medicaid		1-2	\$34,480
Medi-Cal สำหรับครอบครัว A & B		3	\$43,440
สตรี ทารก และเด็ก (WIC)		4	\$52,400
CalWORKs (TANF) <sup>1</sup> / Tribal TANF		5	\$61,360
Head Start Income Eligible — เฉพาะชนเผ่าเท่านั้น		6	\$70,320
Bureau of Indian Affairs General Assistance		7	\$79,280
CalFresh (แสดมปีอาหาร)		8	\$88,240
โครงการอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)			
โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย (LIHEAP)			
โครงการเงินช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงชีพ			
		หากมีสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มเติม ให้เพิ่มอีกคนละ \$8,960 *รวมรายได้ครัวเรือนในปัจจุบันจากทุกแหล่งที่มาของรายได้ก่อนการหักลดหย่อนภาษี	

<sup>1</sup> รวมถึงสวัสดิการสำหรับการทำงาน

## เงื่อนไขสำหรับการเข้าร่วม:

1) คุณต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ในตารางด้านบน 2) ใบเรียกเก็บค่าบริการก๊าซธรรมชาติจะต้องอยู่ในชื่อของคุณและที่อยู่จะต้องเป็นที่อยู่หลักของคุณ 3) คุณจะต้องไม่ถูกอ้างสิทธิ์ว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของคุณภายใต้การแสดงรายการภาษีใดๆ 4) คุณจะต้องยื่นใบสมัครเพื่อรับรองอีกครั้งหากได้รับการร้องขอ 5) คุณต้องแจ้งให้ SoCalGas ทราบภายใน 30 วัน หากคุณขาดจากการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการ 6) คุณอาจถูกร้องขอให้แสดงหลักฐานยืนยันว่าคุณมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการ CARE

## โครงการและบริการอื่นๆ ที่คุณอาจมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์:

<b>โครงการให้ความช่วยเหลือในเรื่องบ้าน</b>  รับการปรับปรุงบ้านประหยัดพลังงานโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายซึ่งจะช่วยให้คุณประหยัดเงินและทำให้คุณสะดวกสบายยิ่งขึ้น <b>Energy Savings Assistance Program</b> <a href="http://socalgas.com/improvements">socalgas.com/improvements</a> 1-800-331-7593		
<b>โครงการให้ความช่วยเหลือในเรื่องความต้องการทางการแพทย์</b>  เงินช่วยเหลือขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ รับก๊าซธรรมชาติเพิ่มเติมในอัตราค่าบริการขั้นพื้นฐานที่ต่ำที่สุดหากคุณมีปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง <a href="http://socalgas.com/medical">socalgas.com/medical</a> 1-866-431-3517	<b>โครงการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับโทรศัพท์</b>  แคลิฟอร์เนียไรท์ไลน์ โครงการส่วนลดค่าบริการโทรศัพท์สำหรับผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อผู้ให้บริการโทรศัพท์ของคุณ	<b>โครงการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับใบเรียกเก็บค่าบริการ</b>  โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย ความช่วยเหลือในการชำระใบเรียกเก็บค่าบริการ ความช่วยเหลือในการชำระใบเรียกเก็บค่าบริการฉุกเฉิน และบริการปรับปรุงบ้านเพื่อประหยัดพลังงาน (Weatherization services) 1-866-675-6623

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

한국어: 1-800-427-0471  
Español: 1-800-342-4545  
สำหรับผู้ที่มีความปัญหาในการฟังหรือหูหนวกกรุณาติดต่อ (TDD/TTY): 1-800-252-0259  
(เฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาสเปนเท่านั้น)

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

# ใบสมัครส่วนลด 20% โครงการ CARE

กรุณาใช้หมึกสีน้ำเงินเข้มหรือสีดำเท่านั้น

โปรดกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและส่งกลับทางไปรษณีย์หรือโทรสาร หรือสมัครออนไลน์ได้ที่ [socialgas.com/care](http://socialgas.com/care)

ส่งไปรษณีย์มาที่: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 หรือส่งโทรสารมาที่: (213) 244-4665

หมายเลขบัญชี

โปรดระบุหมายเลขบัญชีของคุณเพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ

ชื่อลูกค้า (ชื่อและนามสกุลตามที่ระบุไว้ในใบเรียกเก็บค่าบริการของคุณ)

ที่อยู่

เลขที่อพาร์ทเมนต์/พื้นที่

เมือง

หมายเลขโทรศัพท์หลัก

1

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของคุณ (รวมถึงตัวคุณเอง ผู้ใหญ่คนอื่นๆ และเด็ก):

1

2

3

4

5

6

หากมากกว่า 6:

2

คุณ (หรือสมาชิกในครัวเรือนของคุณ) เข้าร่วมในโครงการให้ความช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่

ใช่ (ถ้าใช่ โปรดระบุในวงกลม ●)

Medi-Cal/Medicaid: อายุต่ำกว่า 65 ปี

Medi-Cal/Medicaid: อายุ 65 ปีขึ้นไป

Medi-Cal สำหรับครอบครัว A&B

โครงการสตรี ทารก และเด็ก (WIC)

CalWORKs (TANF) หรือ Tribal TANF

Head Start Income Eligible - เฉพาะชนเผ่าเท่านั้น

Bureau of Indian Affairs General Assistance

CalFresh (แสดงป้ออาหาร)

โครงการอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)

โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย (LIHEAP)

โครงการเงินช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงชีพ

ไม่ (หากไม่ คุณมีรายได้ครัวเรือนต่อปีเป็นจำนวนเท่าใดก่อนการหักลดหย่อนภาษี โดยรวมถึงรายได้ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือน)

\$0 - \$34,480

\$34,481 - \$43,440

\$43,441 - \$52,400

\$52,401 - \$61,360

\$61,361 - \$70,320

หากมากกว่า \$70,320 โปรดระบุจำนวนเงินดอลลาร์ที่

\$ , .00 ต่อปี

โปรดระบุแหล่งที่มาของรายได้ของคุณ

เงินประกันสังคม

SSP หรือ SSDI

เงินบำนาญ

ดอกเบี้ยหรือเงินปันผลจากบัญชีออมทรัพย์ หุ้น พันธบัตร หรือบัญชีสำหรับเกษียณ

ค่าจ้าง และ/หรือ เงินเดือน

เงินชดเชยการว่างงาน

เงินประกันหรือเงินที่ได้จากการตกลงยอมคดีความ

เงินชดเชยทุพพลภาพหรือเงินชดเชยแรงงาน

เงินช่วยเหลือคู่สมรสหรือบุตร

ทุนการศึกษา เงินอุดหนุน หรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ใช้สำหรับค่าครองชีพ

ค่าเช่าหรือรายได้จากคาลิซิสลิตี้

เงินสด รายได้อื่นๆ หรือกำไรจากอาชีพอิสระ

3

คำประกาศ โปรดอ่านและลงนามด้านล่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารใบสมัครฉบับนี้ถูกต้องและเป็นความจริง หากมีการร้องขอ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะแสดงหลักฐานยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์เข้าร่วมโปรแกรม CARE ข้าพเจ้าตกลงว่าจะแจ้ง Southern California Gas Company (SoCalGas®) ภายใน 30 วันหากข้าพเจ้าขาดจากการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการได้รับส่วนลด ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าได้รับส่วนลดโดยปราศจากคุณสมบัติที่เหมาะสม ข้าพเจ้าจะต้องจ่ายคืนเงินส่วนลดที่ข้าพเจ้าได้รับไปแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่า SoCalGas สามารถแบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้าให้กับเจ้าหน้าที่หรือบริษัทสาธารณูปโภคอื่นๆ เพื่อที่จะลงทะเบียนข้าพเจ้าในโปรแกรมให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานเหล่านั้น

ลายมือชื่อ:

วันที่: