

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

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：

Medi-Cal/Medicaid

A 和 B 類家庭 Medi-Cal

婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)

CalWORKs (TANF)¹/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

或者

¹包括 Welfare-to-Work

家庭總收入

(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*

1-2

\$34,480

3

\$43,440

4

\$52,400

5

\$61,360

6

\$70,320

7

\$79,280

8

\$88,240

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。

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 ProgramSM
socalgas.com/Improvements
1-800-331-7593



醫療援助

如有嚴重健康狀況，以最低的基線費率獲取額外的天然氣

醫療基綫優惠
socalgas.com/Medical
1-866-431-3517



帳單援助

帳單支付援助、能源帳單援助和防寒保暖服務

低收入家庭能源協助
1-866-675-6623



電話援助

為符合資格的客戶提供電話服務折扣

CALIFORNIA LIFELINE
如需更多資訊，
請聯絡電話服務提供商

有關客戶援助的更多資訊：

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

傳真：213-244-4665

聽障專線 (TDD/TTY)：1-800-252-0259

(僅限英語和西班牙語)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2020 Southern California Gas Company 公司著作權所有。商標為其各自所有者的財產。保留所有權利。

CARE 計劃由加州公用事業客戶資助，並在加州公用事業管理委員會指導下由 Southern California Gas Company 管理。計劃資金遵循先到先得的原則分配，直到此類資金用完為止。該計劃可能有變動或終止，恕不另行通知。

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT N20E0121A 0420

CARE 申請

20% 折扣

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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

客戶姓名 (帳單上顯示的姓名)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

地址

公寓/空間號碼

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

城市

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

主要電話號碼

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

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。

2

(續)

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： / /