

# 20% 할인

## CARE 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램은, 자격을 갖춘 SoCalGas® 고객에게 월간 천연 가스 요금을 20 % 할인된 가격으로 제공합니다. 할인은 SoCalGas가 신청을 승인한 다음 날 이후의 월간 천연 가스 고지서에 적용됩니다.

2 페이지에 나열된 방법 중 하나를 사용하여 작성한 신청서를 제출하십시오:

- 1) [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) 또는 [socalgas.com/CARE](http://socalgas.com/CARE)를 방문하십시오. 신청은 즉시 처리될 것입니다.**
- 2) 하루 24 시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계좌 번호를 준비하십시오.**
- 3) 작성 및 서명한 신청서를 우송하거나 (213) 244-4665로 팩스 전송하십시오.**



# 자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다

**공적 부조 프로그램**  
고객님 또는 고객님의 가족 중 다른 사람이 다음 프로그램의 혜택을 받는 경우:

메디칼/메디케이드

가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B

여성, 유아 및 어린이 (WIC)

CalWORKs (TANF)<sup>1</sup>/인디언 부족 TANF

헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격 – 인디언 부족만 해당

인디언 사무국 일반 지원

CalFresh(푸드 스탬프)

전국 학교 급식 프로그램(NSLP)

저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)

보조적 보장 소득(SSI)

<sup>1</sup>생산적 복지(Welfare-to-Work)를 포함시키십시오

## 또는

**최대 가계 소득**  
(2023년 6월 1일부터 2024년 5월 31일까지 유효)

가구 인원 수:

총 연간 소득\*

1-2

\$39,440

3

\$49,720

4

\$60,000

5

\$70,280

6

\$80,560

7

\$90,840

8

\$101,120

추가 가족 구성원당, \$10,280를 추가하십시오

\*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.

## 참여 조건:

- 1)** 2페이지의 표 중 하나에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다.
- 2)** 천연 가스 요금 고지서는 고객님의 이름으로 되어 있어야 하고 주소는 고객님의 기본 주소이어야 합니다.
- 3)** 배우자가 아닌 다른 사람의 세금 보고서에 부양 가족으로 신고되면 안 됩니다.
- 4)** 요청 시 고객님의 신청서를 다시 증명해야 합니다.
- 5)** 더 이상 자격이 없으면 30일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다.
- 6)** CARE 자격을 증명하라는 요청을 받을 수 있습니다.

# 고객님께서 자격이 될 수 있는 다른 프로그램 및 서비스:



공인 지역 도급업자가 무료로 제공하는 에너지 절약 주택 개량

**Energy Savings**  
Assistance Program  
[socalgas.com/Improvements](https://socalgas.com/Improvements)  
1-800-331-7593



프로그램에서는 적격 질병이 있는 사람들을 위해 가장 낮은 기준 요금으로 추가 천연 가스를 제공합니다

**의료 기준 할당**  
[socalgas.com/Medical](https://socalgas.com/Medical)  
1-866-431-3517



자격이 되는 고객을 위한 전화 요금 할인 서비스

**캘리포니아 라이프라인**  
**(CALIFORNIA LIFELINE)**  
에서 자세히 알아보십시오  
[californialifeline.com](https://californialifeline.com)



유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스

**저소득 에너지 지원**  
1-866-675-6623

적격 주거용 CARE 고객에 대한 연체된 고지서 요금 면제

**연체료 관리 계획**  
[socalgas.com/Forgiveness](https://socalgas.com/Forgiveness)  
1-800-427-2200

## 고객 지원에 대한 추가 정보:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

팩스: 213-244-4665

청각 장애용 (TDD): 1-800-252-0259

(영어 및 스페인어로만 제공됨)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429



**2**

고객님(또는 고객님의 가구에 있는 다른 사람)은 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- 예 (예의 경우, 동그라미를 검게 칠해 넣으십시오●)
- 메디칼/메디케이드: 65세 미만
- 메디칼/메디케이드: 65세 이상
- 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
- 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC)
- CalWORKs (TANF) 또는 부족 TANF
- 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격 – 인디언 부족만 해당
- 인디언 사무국 일반 지원
- 캘프레쉬(푸드 스탬프)
- 전국 학교 급식 프로그램(NSLP)
- 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)
- 보조적 보장 소득(SSI)

아니오 (아니오의 경우, 모든 가구 구성원을 포함한 고객님의 가구의 공제 전 연간 가구 소득은 얼마입니까?)

- \$0 - \$39,440
- \$39,441 - \$49,720
- \$49,721 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,280
- \$70,281 - \$80,560
- \$80,560 이상인 경우 여기에 달러 금액을 기입하십시오

연간 \$    ,    .00

**2**

(계속)

고객님의 수입원을 표시하십시오:

- 사회보장연금
- SSP 또는 SSDI
- 연금
- 저축, 주식, 채권 또는 은퇴 계좌의 이자 또는 배당금
- 임금 및/또는 급여
- 실업 혜택
- 보험 또는 법적 합의금
- 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금
- 배우자 부양비 또는 자녀 양육비
- 장학금, 보조금 또는 기타 생활비로 사용된 보조금
- 임대 또는 저작권 사용료 소득
- 현금, 기타 소득 또는 자영업 이익

**3**

선언, 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본인은 이 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 요청이 있는 경우 CARE 자격 증명을 제공할 것에 동의합니다. 본인은 더 이상 할인을 받을 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 할인을 받을 자격이 되지 않는데도 할인을 받는 경우, 할인 받은 금액을 반환해야 할 수도 있다는 점을 이해합니다. 본인은 SoCalGas가 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거용 요금 프로그램에 대한 자격을 유지하기 위해 다른 유틸리티사, 주 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 본인의 정보를 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

서명:

날짜: