



Southern California Gas Company (SoCalGas®)-ի California Alternate Rates for Energy (CARE) (Կալիֆորնիայի Այրնտրանքային Գները Էներգիայի համար) պայմանական ընտանիքներին ծրագիրը մատակարարում է ամսական 20% զեղչ գազի հաշվի համար: Նրանք, ովքեր որակավորված են և վավերացված գազի նոր ծառայությունը սկսելուց 90 օրվա ընթացքում կատանան նաև \$15 զեղչ Ծառայության Հաստատման Ծախսի համար: Զեղչը կկիրառվի, երբ որ լրացնեք և ստորագրված դիմումը վավերացվի SoCalGas -ի կողմից:

Խնդրվում է լրացնել և վերադարձնել դիմումը կամ դիմել առցանց՝ socialgas.com (Փնտրեք ,CARE) և

ԻՆՉՊԵՍ ՊԱՅՄԱՆՈՒՆԱԿ ԴԱՌՆԱԼ ԶԵՂՉԻՆ

ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԸ՝
Եթե դուք կամ ձեր ընտանիքից ուրիշ անդամ օգտվում եք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկից
Medicaid ԿԱՍ Medi-Cal, Medi-Cal for Families A&B, Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF, Head Start Income Eligible - Tribal Only, Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh (Մանրի կտրոններ), National School Lunch Program (NSLP), Low Income Home Energy Assistance Program, Supplemental Security Income (SSI)

ԿԱՍ

ԱՌԱՎԵԼԱԳՈՒՅՆ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԵԿԱՍՈՒՏ՝ (ուժի սեջ է 2014 թ. հունվարի 6-ից մինչև 2015 թ. մայիսի 31-ը) *ներկա ընտանեկան եկամուտը բոլոր աղբյուրներից մինչև կրճատումները	
Ընտանիքի անդամների թիվը	Ընդհ. տարե-կան եկամուտը
1-2	\$31,460
3	\$39,580
4	\$47,700
5	\$55,820
6	\$63,940
7	\$72,060
8	\$80,180
Ընտանիքի յուրաքանչյուր լրացուցիչ անդամ	+\$8,120

ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

Գազի հաշիվը պետք է Ձեր անունով լինի և հասցեն պետք է Ձեր հիմնական հասցեն լինի: / Դուք չեք կարող կախյալ համարվել Ձեր ամուսնուց բացի որևէ մեկի եկամտահարկի հայտարարագրում: / Դուք պետք է կրկին վավերացնեք Ձեր դիմումի ձևը, երբ որ խնդրվի: / Դուք պետք է հայտնեք SoCalGas -ին 30 օրվա ընթացքում, եթե այլևս պայմանական չեք: / Ձեզանից կարող է խնդրվել ստուգել CARE-ի Ձեր պայմանականությունը:

ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ ԿԱՍ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՑ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ Է ՈՐԱԿԱՎՈՐՎԱԾ ԼԻՆԵՔ՝

Energy Savings Assistance Program - Ցածր եկամուտ ունեցող իրավասու տանտերերին և վարձակալներին անվճար կարգով առաջարկում է տան էներգախնայողության այնպիսի բարեկարգումներ, ինչպիսիք են առաստաղի մեկուսացումը, դռան եղանակային մերկացումը, գաջումն ու մանր տնային վերանորոգումներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել 1-800-331-7593:



Medical Baseline - Մատակարարում է լրացուցիչ գազի թույլտվություն ավելի ցածր գնով որոշակի առողջական վիճակ ունեցող հաճախորդներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-800-427-2200 հեռախոսի համարով:

LIHEAP- Low Income Home Energy Assistance Program մատակարարում է հաշիվների վճարման օգնություն, վթարների օգնություն § եղանակի հետ կապված ծառայություններ: Զանգահարեք California Department of Community Services and Development 1-866-675-6623 հեռախոսի համարով:

California Lifeline - Զեղչով հեռախոսային մուտք՝ CARE-ի նման եկամտային ցուցմունքներին որակավորված հաճախորդների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ձեր տեղական հեռախոսային ծառայությունների մատակարարողին:

ՀԱՃԱՆՈՐԴՆԵՐԻ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԼԻՆԵՔՆԵՐԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՐ՝
1-888-427-1345

Լսողության դժվարություն ունեցողներ (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (միայն անգլերեն § իսպաներեն լեզուներով)
Ֆաքս: (213)244-4665



CARE 20% Գնային Ձեռչի Դիմում

Form 6491-D ARM (06/14)

Խնդրվում է ՄՈՒԳ թանաքով լրացնել և տպատառերով հստակ գրել՝
հարկին գործածումը երաշխավորելու համար
Շրջանակները ճիշտ նշելու ձևը. ●

CARE PROGRAM, ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA
90051-1249

Sempra Energy utility®

1

Հաճախորդի Անուն՝
(ինչպես Ձեզ ուղարկվող
հաշիվներում)

Տան հասցե՝
(փողոց, քաղաք, ԻՆՊԵՔՍ)

Հաշվեհամար՝

Հեռախոսահամար՝ () -

Էլեկտրոնային հասցե՝

2

Ձեր ընտանիքում մեծահասակների \$ երեխաների ընդհանուր թիվը 1 2 3 4 5 6 6+:

Դուք (կամ որևէ մեկը Ձեր ընտանիքում) մասնակցում եք արդյո՞ք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկին:

- ԱՅՈ** (Եթե այո, ապա նշեք որ ծրագր(եր)ին եք մասնակցում ▼
 - Medi-Cal / Medicaid: մինչև \$ 65 տարեկան
 - Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
 - Medi-Cal / Medicaid: 65 տարեկան կամ ավել
 - Supplemental Security Income (SSI)
 - Medi-Cal for Families A & B
 - National School Lunch Program (NSLP)
 - Women, Infants, and Children Program (WIC)
 - Bureau of Indian Affairs General Assistance
 - CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF
 - Head Start Income Eligible - Tribal Only
 - CalFresh (Մննդի կտրոններ)

ՈՉ
Որքա՞ն է Ձեր տարեկան ընտանեկան եկամուտը (մինչև կրճատումները՝ ընտանիքի բոլոր անդամներին ներառյալ) ▼

\$0-\$31,460 \$31,461 - \$39,580 \$39,581 - \$47,700 \$47,101- \$55,820 \$55,821- \$63,940

Եթե \$63,940-ից ավել է, ապա գումարը մուտքագրեք այստեղ . \$, 00 տարեկան

Խնդրվում է նշել Ձեր եկամտի աղբյուրները. ▼

- Social Security
- Աշխատավարձ \$/կամ շահույթ սեփական գործից
- Ամուսնության կամ երեխայի օգնություն
- SSP կամ SSDI
- Գործազրկության նպաստ
- Ուսման թոշակ, գրանտ, կամ այլ օգնություն
- Կենսաթոշակ
- Ապահովագրության կամ իրավական լուծում
- Ուսման թոշակ, գրանտ, կամ այլ օգնություն ասպրոստի ծախսերի համար
- Տոկոս կամ շահաբաժին՝ խնայողական հաշիվներից, բաժնետոմսերից, արժեթղթերից կամ թոշակի հաշվից
- Հաշմանդամության վճարում կամ Աշխատողի փոխհատուցում
- Վարձի կամ հարկի եկամուտ
- Կանխիկ կամ այլ եկամուտ

3

Համաձայն եք արդյո՞ք հետևյալին: Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել:
Ես հայտնում եմ, որ այս դիմումի մեջ իմ մատակարարած տեղեկությունները ճշմարիտ են և ճշգրիտ: Ես համաձայն եմ մատակարարել CARE պայմանականության ապացույց, եթե այն խնդրվի: Ես համաձայն եմ տեղեկացնել SoCalGas -ին, եթե այլՏս որակավորված չլինեմ գեղչը ստանալու: Ես հասկանում եմ, որ եթե ես գեղչը ստանամ առանց որակավորված լինելու, ինձանից կարող է պահանջվել վերադարձնել ստացած գեղչը: Ես հասկանում եմ, որ SoCalGas-ն կարող է իմ տեղեկությունները կիսել այլ կենցաղային սպասարկման հիմնարկների կամ գործակալների հետ, որպեսզի ես մասնակցեմ նրանց օգնության ծրագրերին:

Ստորագրություն՝ **Ամսաթիվ՝** / /