



20% CARE 折扣申請表



加州能源優惠計劃申請

Southern California Gas Company (SoCalGas®) 的加州能源優惠 (CARE) 計劃向符合特定資格的家庭提供 20% 的瓦斯 (煤氣) 費折扣。如果您在新開瓦斯服務的 90 天之內申請並通過審核, 還可獲得 \$15 的開戶手續費優惠。在 SoCalGas 核准您填寫並簽名的申請表後, 您即可享受折扣。

符合 CARE 折扣的兩種資格:

政府協助計劃:

如果您或您的家人從下列任一計劃中受益:

- Medicaid/Medi-Cal (加州醫療輔助計劃)
- Medi-Cal for Families A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B)
- Women, Infants & Children (WIC, 婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃)
- CalWORKs(TANF)、部落 TANF
- Head Start Income Eligible (學前教育班補助金計劃, 僅限於部落)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance (印第安事務局一般協助計劃),
- CalFresh (食物券)、
- National School Lunch Program (NSLP, 全國學童午餐計劃)、
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, 低收入家庭能源協助計劃)、
- Supplemental Security Income (SSI, 社會安全補助金)

或

家庭收入最高限額*:

(有效期 2014 年 6 月 1 日至 2015 年 5 月 31 日)

*包括所有來源的家庭現有稅前收入

家庭成員人數	年收入總額
1-2	\$31,460
3	\$39,580
4	\$47,700
5	\$55,820
6	\$63,940
7	\$72,060

8 多一位家庭成員	\$80,180 +\$8,120
--------------	----------------------

參加條件

瓦斯帳單必須在您的名下並且地址必須為您的主要住宅。
除您配偶外，您不能是其他人報稅單上的被撫養人。
您必須在被要求時，重新認證您還符合 CARE 資格。
如果您已經不再符合該資格，您必須在 30 天內通知 SoCalGas。
您有可能被要求提供符合 CARE 資格的證明文件。

您可能符合條件的優惠計劃和服務：

Energy Savings Assistance Program: 一項低收入能源效率計劃，提供免費的節能住宅改進，如屋頂絕緣隔熱、房門天氣封條、堵縫和次要的房屋維修。更多訊息，請致電 1-800-427-1429（國語）/ 1-800-427-1420（粵語）。



Medical Baseline (醫療基綫計劃): 一定醫療狀況的客戶，較多的瓦斯使用額度，只需付較低的費率。若需更多訊息請致電 1-800-427-1429（國語）/ 1-800-427-1420（粵語）。

LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃): 提供帳單付費協助, 緊急帳單協助和增強禦寒性能服務。請致電 California Dept. of Community Services and Development（加州社區服務與發展部）1-866-675-6623。

California Lifeline (ULTS)(加州普濟電話服務計劃): 提供電話費優惠給類似 CARE 收入標準的低收入消費者。若需更多訊息，請聯繫您的電話服務公司。

若需更多資訊，請致電我們的客戶服務：

英語：1-800-427-2200

國語：1-800-427-1429

西班牙語：1-800-342-4545

韓語：1-800-427-0471

粵語：1-800-427-1420

越南語：1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

FAX: (213) 244-4665



A Sempra Energy utility®

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

CARE 20% 費率折扣申請表

請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理

正確涂圈方法：●

1	客戶姓名:	<input type="text"/>
	地址:	<input type="text"/>
	帳戶號碼:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	聯絡電話:	(<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"/>
	E-MAIL:	<input type="text"/>

2		您家庭中的	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
		總人數:	<input type="radio"/> 如果超過 6:	<input type="text"/>				

2

(continued)

您（或您的家人）是否有人參加了以下協助計劃？

是（請把您或您家人所接受福利的計劃前塗黑） ▼

- 加州醫療輔助計劃: 低于 65 歲
- 加州醫療輔助計劃: 65 歲或更大年齡
- 健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B
- WIC - 婦女, 嬰兒和兒童營養輔助計劃
- CalWORKs (TANF) 或 部落 TANF
- CalFresh (食物券)
- LIHEAP 低收入家庭能源協助計劃
- 社會安全輔助金 (SSI)
- 全國學童免費午餐計劃 (NSLP)
- 印第安事務局一般援助
- 學前教育班補助金計劃（僅限於部落）

否

請按照您的家庭年收入（稅前收入，包括所有家庭成員），把適當項目前的圓圈塗黑： ▼

- \$0 - \$31,460
- \$31,461 - \$39,580
- \$39,581 - \$47,700
- \$47,701 - \$55,820
- \$55,821 - \$63,940
- 如果多於 \$63,940，請在此處填寫金額：
\$, .00 每年

(continued)

請把您家庭收入所有來源前面的圓圈塗黑： ▼

2

- 社會安全福利金 Social Security
- 社會安全輔助金 SSP, SSDI
- 退休金
- 從以下項目獲取的利息或紅利:儲蓄賬戶、股票、債券, 或退休賬戶
- 工資或薪金
- 失業救濟金
- 保險或法律賠償
- 殘疾津貼或勞工補償
- 配偶或子女支付的贍養費
- 獎學金, 助學金, 或其它用于支付生活費用的助學津貼
- 租金或權利金收入
- 現金或其它收入

3

您同意以下聲明嗎?

請您閱讀並簽字。

我願意證明上述申請資料正確屬實。若需要我也同意提供文件證明符合CARE 的資格。我同意若我不再符合條件時, 即通知 SoCalGas。我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣。我瞭解 SoCalGas 可將有關我的資料提供給其它的公用事業公司和組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名:

日期: / /