

# APPLICATION PARA SA 20% NA DISKUWENTO SA CARE



Ang California Alternate Rates for Energy (CARE) program ng Southern California Gas Company (SoCalGas®) ay nagbibigay ng 20% diskuwento sa buwanang gas bill para sa mga karapat-dapat na sambahayan. Ang mga naging kwalipikado at naaprubahan sa loob ng 90 araw mula sa pag-uumpisa ng bagong serbisyong gas ay makakatanggap din ng \$15 na diskuwento sa Service Establishment Charge. Ibibigay ang diskuwento kapag naaprubahan ng SoCalGas ang inyong kumpleto at nilagdaang application form.

Pakikumpleto at ibalik ang application o mag-apply online sa [socialgas.com](http://socialgas.com) (Hanapin "CARE")

## PAANO MAGING KWALIPIKADO PARA SA DISKUWENTONG CARE:

MGA PROGRAMANG NAGBIBIGAY NG TULONG SA MADLA:	MGA HANGGANAN NG KITA NG SAMBAHAYAN*: (may-bisa Hunyo 1, 2014 hanggang Mayo 31, 2015) *kasalukuyang kita ng sambahayan mula sa lahat ng pinagkukunan bago mga kabawasan																			
<p>Kung kayo o isa sa inyong mga kasambahay ay nakikilahok sa alinman sa mga sumusunod na programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicaid o Medi-Cal</li> <li>Medi-Cal para sa mga pamilya A &amp; B</li> <li>Women, Infants &amp; Children (WIC)</li> <li>CalWORKs (TANF) o Tribal TANF</li> <li>Head Start Income Eligible – Tribal Lamang</li> <li>Bureau of Indian Affairs General Assistance</li> <li>CalFresh (Food Stamps)</li> <li>National School Lunch Program (NSLP)</li> <li>Low Income Home Energy Assistance Program</li> <li>Supplemental Security Income (SSI)</li> </ul>	<p>O</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bilang ng Tao sa Sambahayan</th> <th>Kabuuang Kita para sa Taon</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1-2</td><td>\$31,460</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$39,580</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$47,700</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$55,820</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$63,940</td></tr> <tr><td>7</td><td>\$72,060</td></tr> <tr><td>8</td><td>\$80,180</td></tr> <tr><td>Bawat Dagdag na Tao</td><td>+\$8,120</td></tr> </tbody> </table>	Bilang ng Tao sa Sambahayan	Kabuuang Kita para sa Taon	1-2	\$31,460	3	\$39,580	4	\$47,700	5	\$55,820	6	\$63,940	7	\$72,060	8	\$80,180	Bawat Dagdag na Tao	+\$8,120	
Bilang ng Tao sa Sambahayan	Kabuuang Kita para sa Taon																			
1-2	\$31,460																			
3	\$39,580																			
4	\$47,700																			
5	\$55,820																			
6	\$63,940																			
7	\$72,060																			
8	\$80,180																			
Bawat Dagdag na Tao	+\$8,120																			

## MGA KONDISYON NG PAGLAHOK

Ang gas bill ay kinakailangang nasa inyong pangalan, at ang nakalahad na tirahan ay ang siya ninyong pangunahing tirahan. / Kayo ay hindi dapat nakatala bilang "dependent" sa income tax return ng iba maliban sa income tax return ng inyong asawa. / Kailangan ninyong patotohanang muli ang inyong application kapag ito'y hiniling. / Kailangan ninyong ipahayag sa SoCalGas sa loob ng 30 araw kung hindi na kayo kwalipikado. / Maaari kayong hilingin na patunayan ang inyong pagiging karapat-dapat sa CARE.

## MGA IBANG PROGRAMA AT SERBISYO NA MAAARI KAYONG MAGING KWALIPIKADO:

**Energy Savings Assistance Program:** Nagbibigay ng libreng pagpapa-ayos ng bahay upang makatipid sa enerhiya gaya ng insulasyon sa kisame, weather-stripping sa mga pintuan, caulking at maliliit na pagkukumpuni ng bahay para sa mga karapat-dapat na may-ari ng bahay at mga nangungupahan. Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring tumawag sa 1-800-331-7593.



**Medical Baseline:** Nagbibigay ng karagdagang palabis na gas sa mas mababang presyo sa mga mamimili na may mga tiyak na kalagayang medikal. Upang makatanggap ng karagdagang impormasyon, makipag-alam sa 1-800-427-2200.

**LIHEAP :** Ang Low Income Home Energy Assistance Program ay nagbibigay ng tulong sa pagbayad ng kuwenta, tulong sa pagbayad ng mga kuwenta kapag may emerhensiya at mga serbisyo ukol sa weatherization. Makipag-alam sa California Department of Community Services and Development sa 1-866-675-6623.

**California Lifeline:** Paglapit sa CARE sa pamamagitan ng telepono na may diskuwento para sa mga mamimiling ang kita ay tumatalima sa mga kagayang tuntunin ukol sa kita. Upang makatanggap ng karagdagang impormasyon, makipag-alam sa inyong lokal na tagatustos ng serbisyong telepono.

## UPANG MAKATANGGAP NG IMPORMASYON TUNGKOL SA TULONG PARA SA MAMIMILI:

**1-888-427-1345**

May Kakulangan ang Pandinig (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (makukuha sa Ingles at Kastila lamang)  
Fax: (213)244-4665



**Application para sa  
CARE 20% Diskuwento sa Singil**  
(Pakisuyong gumamit ng MADILIM na tinta at sumulat ng malinaw  
upang makasiguro ng tamang paghanda)  
Tumpak na pagmarka ng mga bilog: ●

Form 6491-E TAG (06/14)

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



**1**

Pangalan ng Mamimili  
(gaya ng nakalista sa kuwenta):

Tirahan  
(kalye, lungsod, zip):

Numero ng Kuwenta:

Telepono: (    )   -

E-mail Address:

**2**

**Kabuuang bilang ng mga may sapat na gulang at mga bata sa inyong sambahayan:**     1     2     3     4     5     6     6+:

**Kayo ba (o isa sa inyong mga kasambahay) ay nakikilahok sa alinman sa mga sumusunod na programang nagbibigay ng tulong?**

**Oo** (Kung oo, markahan ang (mga) programa kung saan kayo nakikilahok) ▼

<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: Mas mababa kaysa Edad 65	<input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 o higit	<input type="radio"/> Supplemental Security Income (SSI)
<input type="radio"/> Medi-Cal para sa mga pamilya A & B	<input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)
<input type="radio"/> Women, Infants, and Children Program (WIC)	<input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance
<input type="radio"/> CalWORKS (TANF) o Tribal TANF	<input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Lamang
<input type="radio"/> CalFresh (Food Stamps)	

**HINDI**

Ano ang taunang kita ng inyong pamamahay (bago mga pagbabawas, kasama ang kita ng lahat ng inyong mga kasambahay)? ▼

\$0 - \$31,460     \$31,461 - \$39,580     \$39,581 - \$47,700     \$47,701 - \$55,820     \$55,821 - \$63,940

Kapag higit sa \$63,940, ilagay halaga dito: \$   ,    .00 bawat taon

Pakisuyong markahan ang mga pinagkukunan ninyo ng kita: ▼

<input type="radio"/> Social Security	<input type="radio"/> Mga Suweldo at/o Kita galing sa Self Employment	<input type="radio"/> Spousal o Child Support
<input type="radio"/> SSP o SSDI	<input type="radio"/> Unemployment Benefits	<input type="radio"/> Mga scholarship, grant, o ibang tulong na ginagamit sa mga gastos pambuhay
<input type="radio"/> Mga Pensiyon	<input type="radio"/> Mga Insurance o Legal Settlement	<input type="radio"/> Rental o Royalty Income
<input type="radio"/> Mga Interes o Dibidendo galing sa: Savings, Stocks, Bonds, o Retirement Account	<input type="radio"/> Mga kabayaran galing sa Disability o Workers Compensation	<input type="radio"/> Kuwarta o Ibang Kita

**3**

**Sumasang-ayon ba kayo sa sumusunod? Mangyaring basahin at lumagda sa ibaba.**

Isinasaad ko na ang impormasyong aking ibinigay sa aplikasyong ito ay tapat at tumpak. Sumasang-ayon ako na kung ako ay hihilingan, papatunayan ko na ako'y karapat-dapat sa CARE. Sumasang-ayon din ako na ipapahayag ko sa SoCalGas kung hindi na ako kwalipikadong tumanggap ng diskuwento. Nauunawaan ko na kung makatanggap ako ng diskuwento at ako'y hindi kwalipikado, maaari akong hingang-pautos na ibalik ang diskuwentong natanggap ko. Nauunawaan ko na maaring ipahayag ng SoCalGas ang aking impormasyon sa mga utilities o mga ahente upang matala ako sa kanilang mga programang nagbibigay ng tulong.

**Lagda:**  **Petsa:**  /  /