

ĐƠN XIN HƯỞNG MỨC GIÁ NĂNG LƯỢNG THAY THẾ CỦA CALIFORNIA

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của Southern California Gas Company (SoCalGas®) giảm giá 20% trên biên nhận gas hàng tháng cho các gia đình hội đủ điều kiện. Những người nào hội đủ điều kiện và được chấp thuận trong vòng 90 ngày kể từ khi bắt đầu dịch vụ gas mới cũng sẽ được giảm giá \$15 trên Chi Phí Nhận Dịch Vụ (Service Establishment Charge). Sẽ áp dụng giảm giá khi đơn xin đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị được SoCalGas chấp thuận.

CÁCH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIẢM GIÁ THEO CHƯƠNG TRÌNH CARE

CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG:

Nếu quý vị hay người nào khác trong gia đình quý vị nhận trợ cấp từ bất cứ chương trình nào sau đây:
Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal cho các gia đình A & B,
Phụ nữ, Trẻ Sơ sinh, & Trẻ em (WIC),
CalWORKs (TANF), Bản địa TANF, Chương trình Mầm non cho người có Lợi tức Hợp lệ (Chỉ dành cho Bản địa),
Hỗ trợ Tổng quát của Văn phòng Sự vụ Da Đỏ (Bureau of Indian Affairs General Assistance),
CalFresh (Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm),
Chương trình Toàn quốc ăn Trưa tại Trường (NSLP),
Chương trình Trợ giúp Năng lượng cho Gia đình có Lợi tức Thấp (LIHEAP), Hỗ trợ An sinh Xã hội (SSI)

HOẶC

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH*:

(Có hiệu lực từ 1 tháng 6 năm 2014 đến ngày 31 tháng 5 2015)

*tất cả các nguồn lợi tức hiện tại trước khi khấu trừ của gia đình

Số Người trong Gia Đình	Tổng Lợi Tức Hàng Năm
1-2	\$31,460
3	\$39,580
4	\$47,700
5	\$55,820
6	\$63,940
7	\$72,060
8	\$80,180
Mỗi người bổ sung	+\$8,120

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA

Quý vị phải là người đứng tên trong biên nhận gas và địa chỉ phải là địa chỉ chính của quý vị.

Quý vị không được là người tùy thuộc trong hồ sơ khai thuế của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình.

Quý vị phải tái xác nhận sự hội đủ điều kiện của mình theo chương trình CARE khi được yêu cầu

Quý vị phải thông báo SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu không còn hội đủ điều kiện nữa.

Quý vị có thể bị kiểm tra tình trạng hội đủ điều kiện của mình cho chương trình CARE.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN:

Energy Savings Assistance Program, là chương trình tiết kiệm hiệu quả năng lượng cho người có lợi tức thấp giúp sửa chữa miễn phí trong nhà để tiết kiệm năng lượng như gắn cách nhiệt trần nhà, bịt khe cửa, trét chỗ hở và các sửa chữa nhỏ trong nhà. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-427-0478.



Medical Baseline (Chương Trình Y Tế Cơ Bản) – Cung cấp thêm tiêu chuẩn gas được dùng ở mức giá thấp hơn cho các khách hàng đang có bệnh trạng nào đó. Để biết thêm thông tin, xin gọi 1-800-427-0478.

LIHEAP - Low Income Home Energy Assistance Program (Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Tại Gia cho Người Lợi Tức Thấp) giúp trả biên nhận, trợ giúp biên nhận khẩn cấp và các dịch vụ thích nghi với thời tiết. Xin gọi California Dept. of Community Services and Development (Sở Dịch Vụ Cộng Đồng và Phát Triển California) tại số 1-866-675-6623.

California Lifeline - Giảm giá điện thoại cho các khách hàng hội đủ điều kiện theo hướng dẫn về lợi tức tương tự như chương trình CARE. Để biết thêm thông tin, xin liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ điện thoại địa phương của quý vị.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ TRỢ GIÚP KHÁCH HÀNG:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200

Quan Thoại: 1-800-427-1429

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545

Tiếng Hàn: 1-800-427-0471

Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (chỉ có bằng tiếng Anh và Tây Ban Nha)

Fax: (213) 244-4665




A Sempra Energy utility®

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

Đơn Xin Giảm Giá 20% Theo Chương Trình CARE
Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ in để đảm bảo xét duyệt chính xác
Bôi đen đúng cách: ●

1	Tên Khách Hàng:	<input type="text"/>
	Địa chỉ:	<input type="text"/>
	Số Trương Mục:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Điện Thoại Nhà #:	(<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		Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
			<input type="radio"/> nếu có nhiều hơn 6: <input type="text"/>					

2

(continued)

Quý vi (hoặc ai đó trong gia đình quý vi) có được hưởng bất cứ chương trình trợ giúp nào sau đây không?

- CÓ** (Nếu có, xin bôi đen vào vòng tròn của (các) chương trình được hưởng) ▼
 - Medi-Cal/Medicaid: Dưới 65 tuổi
 - Medi-Cal/Medicaid: 65 tuổi hoặc hơn
 - Medi-Cal cho các gia đình A & B
 - Phụ Nữ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC)
 - CalWORKs(TANF) hoặc TANF Bản Địa
 - Trợ Giúp Năng Lượng Tại Gia Cho Người Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
 - Trợ Cấp An Sinh (SSI)
 - CalFresh (Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm)
 - Hỗ Trợ Tổng Quát Văn Phòng Sự Vụ Da Đỏ
 - Đủ điều kiện lợi tức cho Head Start (Bản Địa mà thôi)

- KHÔNG**

Mức lợi tức hàng năm của gia đình quý vi là bao nhiêu (lợi tức trước khi khấu trừ, bao gồm tất cả mọi người trong gia đình)? ▼

- \$0 - \$31,460
- \$31,461 - \$39,580
- \$39,581 - \$47,700
- \$47,701 - \$55,820
- \$55,821 - \$63,940
- Nếu nhiều hơn \$63,940, xin điền tổng số vào đây
\$, .00 mỗi năm

2**(continued)****Xin bôi đen vào vòng tròn của các nguồn lợi tức của quý vị: ▼**

- An sinh Xã hội
- SSP, SSDI
- Hưu bổng
- Tiền Lờ hay Cổ tức từ: Trương mục Tiết kiệm, Cổ Phiếu, Trái Phiếu, hay Trương mục Hưu trí
- Lương và/hoặc Lợi tức Việc Làm Tự do
- Trợ cấp Thất nghiệp
- Bồi thường Bảo hiểm hoặc Thỏa Hiệp Pháp Định
- Lãnh tiền Bệnh hoặc Bồi thường Thương tích tại Sở làm
- Cấp dưỡng nuôi Con hoặc Phôi ngẫu
- Học bổng, tài trợ giáo dục hay trợ giúp khác dùng để trang trải chi phí sinh sống
- Lợi tức cho Thuê hoặc Tiền Bản quyền
- Lợi tức Tiền mặt hoặc Lợi tức Khác)

3**Quý vị có đồng ý với điều sau đây không?**

Xin đọc và ký bên dưới.

Tôi xin khai rõ rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý sẽ cung cấp bằng cứ về việc hội đủ điều kiện theo chương trình CARE khi được yêu cầu. Tôi đồng ý báo cho SoCalGas biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá đã nhận. Tôi hiểu rằng SoCalGas có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ

Chữ ký: Ngày: / /