



A Sempra Energy utility

ជំនួយអតិថិជន

ការបញ្ចុះតម្លៃ 20% ពាក្យស្នើសុំ CARE

តាមរយៈកម្មវិធីអត្រាថាមពលជម្រើសរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CARE) SoCalGas® ផ្តល់ជូនការបញ្ចុះតម្លៃ 20 ភាគរយដល់អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់លើ វិក្កយប័ត្រឧស្ម័នប្រចាំខែរបស់ពួកគេ។ អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលបានអនុម័តអំឡុង 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមសេវាកម្មឧស្ម័នថ្មី ក៏នឹងទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ \$15 លើកម្រៃភ្ជាប់សេវាកម្ម។ ការបញ្ចុះតម្លៃ នឹងត្រូវបានអនុវត្តចំពោះវិក្កយប័ត្រឧស្ម័នប្រចាំខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលពាក្យស្នើសុំត្រូវបានអនុម័តដោយ SoCalGas។ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកជួលមានរង្វាស់រង ម្ចាស់/អ្នកគ្រប់គ្រងផ្ទះរបស់អ្នក នឹងត្រូវបានជូនដំណឹងថាអ្នកត្រូវបានអនុម័តឲ្យទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃប្រចាំខែ។

សូមបំពេញ និងផ្ញើពាក្យសុំខាងក្រោមតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈគេហទំព័រ socialgas.com (ស្វែងរក "CARE")។

មានវិធី ពីរ យ៉ាងដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបាន

កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអតិបរមា (មានប្រសិទ្ធភាពពីថ្ងៃទី 1 ខែ មិថុនា ឆ្នាំ 2015 រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែ ឧសភា ឆ្នាំ 2016)	
	ចំនួនមនុស្សក្នុងគ្រួសារ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុប*
Medi-Cal/Medicaid	1-2	\$31,860
Medi-Cal សម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ A & B	3	\$40,180
កម្មវិធីស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)	4	\$48,500
CalWORKs (TANF) ¹ / កុលសម្ព័ន្ធ TANF	5	\$56,820
សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូលដំបូង - តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ)	6	\$65,140
ការិយាល័យជំនួយកិច្ចការទូទៅវេជ្ជសាស្ត្រ	7	\$73,460
CalFresh (ប័ណ្ណបរិភោគអាហារ)	8	\$81,780
កម្មវិធីបរិភោគអាហារថ្ងៃត្រង់នៅសាលាជាតិ (NSLP)		
កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយថាមពលដល់គ្រួសារមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP)		
ប្រាក់ចំណូលសេដ្ឋកិច្ចបន្ថែម (SSI)		



សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារបន្ថែមម្នាក់ៗ បន្ថែម \$8,320
*បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលគ្រួសារដែលបញ្ចូលផ្តល់ប្រាក់ចំណូលសរុប

លក្ខខណ្ឌសម្រាប់ការចូលរួម

- 1) វិក្កយប័ត្រឧស្ម័នធម្មជាតិត្រូវតែជាឈ្មោះរបស់អ្នក ហើយអាសយដ្ឋានត្រូវតែជាអាសយដ្ឋានចម្បងរបស់អ្នក។
- 2) អ្នកមិនត្រូវទាមទារជាមនុស្សក្នុងបន្ទុកលើលិខិតប្រកាសពន្ធនិវត្តន៍របស់មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀតក្រៅពីប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នកទេ។
- 3) អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកឡើងវិញនៅពេលស្នើសុំ។
- 4) អ្នកត្រូវតែជូនដំណឹង SoCalGas អំឡុង 30 ថ្ងៃប្រសិនបើអ្នករំលងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- 5) អ្នកអាចត្រូវបានស្នើឲ្យផ្ទៀងផ្ទាត់ លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន CARE របស់អ្នក។

កម្មវិធី និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖

Energy Savings Assistance Program: ផ្តល់ជូនការកែលម្អផ្ទះដើម្បីសន្សំថាមពលដោយឥតគិតថ្លៃដូចជា ឧបករណ៍ទប់សំឡេង ក្បាលបញ្ចេញទឹកហូរតិច

ឧបករណ៍បញ្ចូលខ្យល់ក្បាលម៉ាស៊ីនទឹក បន្ទះទប់ទល់អាកាសធាតុតាមទ្វារ ការភ្លិត និងការជួសជុលផ្ទះទំហំតូចជូនម្ចាស់ផ្ទះ និងអ្នកជួលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-331-7593.

Medical Baseline: ផ្តល់ការឧបត្ថម្ភឧស្ម័នបន្ថែមត្រឹមត្រូវទាបមួយជូន អតិថិជនដែលមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដាក់លាក់។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-427-2200.

LIHEAP: ផ្តល់សេវាកម្មជំនួយបង់ថ្លៃវិក្កយប័ត្រ ជំនួយបង់ថ្លៃពេលមានអាសន្ន និងសេវារបៀបប្រឆាំងអាកាសធាតុ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ក្រសួងសេវាកម្មសហគមន៍ និងអភិវឌ្ឍន៍តាមរយៈលេខ 1-866-675-6623.

California Lifeline: ការចូលប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូលស្រដៀងគ្នាដូច CARE។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មទូរស័ព្ទប្រចាំតំបន់របស់អ្នក។

Energy Savings Assistance Program™

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំនួយអតិថិជន៖

- English: 1-800-427-2200
- 中文: 1-800-427-1420
- ទូរសារ: (213) 244-4665
- 한국어: 1-800-427-0471
- Español: 1-800-342-4545
- អ្នកខ្មែរសោតវិញ្ញាណ (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (ទទួលបានជាភាសាអង់គ្លេស និងអេស្ប៉ាញប៉ុណ្ណោះ)
- 廣東話: 1-800-427-1429
- Việt: 1-800-427-0478

ការបញ្ចុះតម្លៃ 20% ពាក្យស្នើសុំ CARE

សូមប្រើប្រាស់ទឹកខៀវជិត ឬខ្មៅតែប៉ុណ្ណោះ

សូមបំពេញ និងផ្ញើពាក្យសុំតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈគេហទំព័រ socialgas.com (ស្វែងរក "CARE").

សូមផ្ញើទៅកាន់៖ SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 ឬ ផ្ញើទូរសារទៅកាន់៖ (213) 244-4665

លេខគណនី/លេខអត្តសញ្ញាណមណ្ឌល

សូមផ្តល់លេខគណនី ឬអត្តសញ្ញាណមណ្ឌលរបស់អ្នក ដើម្បីពន្លឿនដំណើរការ។

ឈ្មោះអតិថិជន (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូលដូចដែលវាបង្ហាញលើវិក្កិយប័ត្ររបស់អ្នក)

អាសយដ្ឋាន

អាដាក់មែន/អគារលេខ #

ទីក្រុង

លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ

- -

អ៊ីមែល

D ចំនួនមនុស្សសរុបក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (រួមទាំងខ្លួនអ្នក មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត និងកុមារ៖

1 2 3 4 5 6 ប្រសិនបើច្រើនជាង 6៖

E តើអ្នក (ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) ត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីជំនួយខាងក្រោមណាមួយដែរទេ?

- បាទ (ប្រសិនបើបាន សូមបំពេញក្នុងរង្វង់ ●)
 - Medi-Cal/Medicaid៖ តិចជាង 65 ឆ្នាំ
 - Medi-Cal/Medicaid៖ 65 ឆ្នាំឡើង
 - Medi-Cal សម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ A & B
 - កម្មវិធីស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)
 - CalWorks (TANF) ឬកុលសម្ព័ន្ធ TANF
 - សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូលដំបូង - តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ
 - ការិយាល័យជំនួយកិច្ចការទូទៅឥណ្ឌា
 - CalFresh (ប័ណ្ណបរិភោគអាហារ)
 - កម្មវិធីបរិភោគអាហារថ្ងៃត្រង់នៅសាលាជាតិ (NSLP)
 - កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយថាមពលដល់គ្រួសារមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP)
 - ប្រាក់ចំណូលសេត្រីទីបន្ថែម (SSI)
- ទេ ប្រសិនបើទេ តើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នកគឺប៉ុន្មាន (មុនការកាត់ទុក ដោយរួមទាំងសមាជិកទាំងអស់នៃ គ្រួសារ)?
 - \$0 - \$31,860
 - \$31,861 - \$40,180
 - \$40,181 - \$48,500
 - \$48,501 - \$56,820
 - \$56,821 - \$65,140
 - ប្រសិនបើច្រើនជាង \$65,140, សូមបញ្ជូលទឹកប្រាក់ចំនួនដុល្លារនៅទីនេះ:
\$, .00 ក្នុងមួយឆ្នាំ។

សូមគូសដឹកលើប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

- ប្រាក់ចំណូលសូស្យាល់សេត្រីទី
- SSP ឬ SSDI
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ការប្រាក់ ឬប្រាក់ចំណេញពីការសន្សំ ស្តុក ប្រាក់ដាក់ដាក់ទុក ឬគណនីចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ថ្លៃល្អិតនិង/ឬកម្រៃពីការងារខ្លួនឯង
- ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍អត់ការងារធ្វើ
- ប្រាក់សំណងធានារ៉ាប់រង ឬប្រាក់សំណងតាមផ្លូវច្បាប់
- ប្រាក់ពិការ ឬប្រាក់សំណងឲ្យកម្មករគ្រោះគ្រោះថ្នាក់នៅការដ្ឋាន
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីប្រពន្ធ ឬកូន
- អាហាររូបករណ៍ ប្រាក់សម្បទាន ឬជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ចំណាយលើការរស់នៅ
- ប្រាក់ឈ្នួល ឬប្រាក់សួយសារ
- ប្រាក់សុទ្ធ និង/ឬប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

F លេខកូដរោង ឬលេខអាសយដ្ឋាន និងកាលបរិច្ឆេទនៅខាងក្រោម។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ភស្តុតាងនៃលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបាន CARE ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើសុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុនឧស្ម័ន Southern California Gas Company (SoCalGas) ដំឡើង 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើខ្ញុំបានទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃដោយខ្លួនឯងសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានគម្របគ្រាលើការបញ្ចុះតម្លៃដែលខ្ញុំបានទទួល។ ខ្ញុំយល់ថា SoCalGas អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយនិងសេវាធានារ៉ាប់រង ឬភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដើម្បីចុះឈ្មោះខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយរបស់ពួកគេ។

រោងលេខ៖ X កាលបរិច្ឆេទ៖