



A Sempra Energy utility

고객 지원

# 20% 할인 CARE 신청서

SoCalGas®는 California Alternate Rates for Energy(CARE) 프로그램을 통하여 자격을 갖춘 고객에게 월별 20% 할인된 요금에 가스를 제공합니다. 신규로 가스 서비스를 받기 시작한 후 90일 이내에 승인을 받은 고객도 서비스 개설 수수료 \$15 할인 혜택을 받을 수 있습니다. SoCalGas에서 신청서를 승인한 날 이후부터 월별 가스 요금에 대해 할인이 적용됩니다. 귀하께서 부속 계량기를 사용하는 임차인일 경우 집주인이나 관리인이 귀하의 할인 수혜 승인 여부를 통지 받게 됩니다.

아래의 신청서를 작성하신 후에 우편이나 팩스로 보내 주시거나 [socialgas.com](http://socialgas.com)(검색어 "CARE")에서 온라인으로 신청하시기 바랍니다.

## CARE 할인 수혜 자격을 충족시키는 두 가지 방법

공적 부조 프로그램	최대 가구 소득	
귀하나 가족 일원이 다음 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우:	(2015년 6월 1일부터 2016년 5월 31일까지 유효)	
	가구 구성원 수	총 연간 가구 소득*
메디케이드 (Medi-Cal/Medicaid) ←또는→	1-2	\$31,860
건강한 가족 유형 A 및 B(Medi-Cal for Families A&B)	3	\$40,180
여성, 유아 및 어린이(WIC)	4	\$48,500
CalWORKs (TANF)1 / 인디언 부족 TANF	5	\$56,820
헤드 스타트 소득 자격 - 인디언 부족만 해당	6	\$65,140
인디언 업무 일반 보조국 (Bureau of Indian Affairs General Assistance)	7	\$73,460
CalFresh(푸드 스탬프)	8	\$81,780
학교 급식 프로그램(NSLP)	각 추가 사용자 한 명당 \$8,320씩 추가	
저소득 주택 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)	* 공제 전에 모든 수입원으로부터 발생하는 현재 가계 소득 포함	
추가 사회보장 수입(SSI)		

<sup>1</sup>근로 연계 복지(Welfare-to-Work) 포함

### 참여 조건

1) 천연 가스 청구서는 귀하의 이름으로 되어 있어야 하며 주소는 귀하의 집 주소이어야 합니다. 2) 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 보고서에 본인을 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다. 3) 요청할 경우 CARE 수혜 자격을 재증명해야 합니다. 4) 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다. 5) CARE에 대한 수혜 자격을 입증하도록 요청 받을 수 있습니다.

### 수혜 대상이 가능한 기타 프로그램과 서비스:

**Energy Savings Assistance Program(에너지 절약 지원 프로그램):** 소득을 기준으로 자격을 갖춘 주택 보유자 및 세입자에게 천장 단열, 저수량 샤워노즐, 수도꼭지용 물 분사기, 문 통풍 마개 처리, 코킹 및 경미한 주택 수리와 같은 에너지 절약 주택 개량 공사를 무료로 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-331-7593으로 문의 하십시오.



**Medical Baseline(의료 저율요금):** 특정 질병을 앓고 있는 고객에게 저렴한 요금으로 추가 할당량의 가스를 제공합니다. 자세한 내용은 1-800-427-2200으로 문의 하십시오.

**LIHEAP(저소득자 주택 에너지 지원 프로그램):** 청구금액 지원, 긴급 요금 지원 및 내후 단열 서비스를 제공합니다. 캘리포니아 지역사회 서비스 개발부(전화:1-866-675-6623)로 문의하십시오.

**California Lifeline(캘리포니아 라이프라인):** CARE와 유사한 소득 기준을 충족시키는 고객들을 위한 할인 전화 이용 혜택입니다. 자세한 내용은 현지 전화회사에 문의하십시오.

### 고객 지원에 대한 추가 사항은 다음 번호로 문의하십시오.

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1429

中文: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

Việt: 1-800-427-0478

팩스: (213) 244-4665

청각 장애인(TDD/TTY) 1-800-252-0259 (영어와 스페인어만 지원 가능)

# CARE 20% 할인 신청서

검은색이나 파란색 잉크만을 사용해 주시기 바랍니다.

아래 신청서를 작성하신 후 우편이나 팩스로 보내 주시거나 **socalgas.com** (검색어 "CARE")에서 온라인으로 신청하시기 바랍니다.

**우편 주소:** SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 또는 **팩스 번호:** (213) 244-4665

계정 번호/설비 ID

신속한 처리를 위하여 계정 번호 또는 설비 ID를 제공해 주시기 바랍니다.

고객 이름 (청구서에 기재된 이름과 동일)

주소

APT/SPACE #

도시

주택 전화

이메일

## 1 총 가구 구성원 수(본인 외 성인 및 자녀 수 포함):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 6인 이상인 경우:

## 2 본인은 (또는 가족 중 어느 한 명이) 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- 예 ("예"인 경우 동그라미 안을 채우십시오 ●)
  - 메디케이드(Medi-Cal/Medicaid): 65세 미만
  - 메디케이드(Medi-Cal/Medicaid): 65세 이상
  - 건강한 가족 유형 A 및 B(Medi-Cal for Families A&B)
  - 여성, 유아 및 어린이(WIC)
  - CalWORKs (TANF) 또는 인디언 부족 TANF
  - 헤드 스타트 소득 자격 - 인디언 부족만 해당
  - 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance)
  - CalFresh(푸드 스탬프)
  - 학교 급식 프로그램(NSLP)
  - LIHEAP(저소득자 주택 에너지 지원 프로그램)
  - SSI(추가 사회보장 수입)
- 아니오 "아니오"인 경우 연간 가계 소득은 얼마나 됩니까(공제전 모든 가족의 소득 포함)?
  - \$0 - \$31,860
  - \$31,861 - \$40,180
  - \$40,181 - \$48,500
  - \$48,501 - \$56,820
  - \$56,821 - \$65,140
  - \$65,140을 초과하는 경우 여기에 금액을 기입하십시오:  
\$ ,  .00 연간.

**본인의 소득원에 표시하십시오.**

  - 사회보장연금
  - SSP 또는 SSDI
  - 연금
  - 예금, 주식, 채권 또는 퇴직 연금의 이자 및 배당금
  - 임금 및/또는 자영업 수익
  - 실업급여
  - 보험금 또는 법적 합의금
  - 장애 또는 산재 보상금
  - 배우자 또는 자녀 부양비
  - 장학금, 수여금 또는 기타 생활 보조금
  - 임대 소득 또는 로열티 소득
  - 현금 또는 기타 소득

## 3 진술 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본 신청서에서 본인이 제공한 정보는 모두 사실이며 정확함을 진술합니다. 요청이 있을 경우 CARE 자격 증명에 필요한 증빙 서류를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 더 이상 할인 받을 자격이 없게 될 경우 30일 이내에 (SoCalGas®)에 통보할 것에 동의합니다 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수도 있다는 것을 이해합니다. SoCalGas에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X

날짜:  /  /

# CARE 20% 할인 신청서

검은색이나 파란색 잉크만을 사용해 주시기 바랍니다.

아래 신청서를 작성하신 후 우편이나 팩스로 보내 주시거나 **socalgas.com** (검색어 "CARE")에서 온라인으로 신청하시기 바랍니다.

**우편 주소:** SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 또는 **팩스 번호:** (213) 244-4665

계정 번호/설비 ID

신속한 처리를 위하여 계정 번호 또는 설비 ID를 제공해 주시기 바랍니다.

고객 이름 (청구서에 기재된 이름과 동일)

주소

APT/SPACE #

도시

주택 전화

이메일

## 1 총 가구 구성원 수(본인 외 성인 및 자녀 수 포함):

- 1   
  2   
  3   
  4   
  5   
  6   
  6인 이상인 경우:

## 2 본인은 (또는 가족 중 어느 한 명이) 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- 예 ("예"인 경우 동그라미 안을 채우십시오 ●)     
  아니오 "아니오"인 경우 연간 가계 소득은 얼마나 됩니까 (공제전 모든 가족의 소득 포함)?
- 메디케이드(Medi-Cal/Medicaid): 65세 미만
  - 메디케이드(Medi-Cal/Medicaid): 65세 이상
  - 건강한 가족 유형 A 및 B(Medi-Cal for Families A&B)
  - 여성, 유아 및 어린이(WIC)
  - CalWORKs (TANF) 또는 인디언 부족 TANF
  - 헤드 스타트 소득 자격 - 인디언 부족만 해당
  - 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance)
  - CalFresh(푸드 스탬프)
  - 학교 급식 프로그램(NSLP)
  - LIHEAP(저소득자 주택 에너지 지원 프로그램)
  - SSI(추가 사회보장 수입)
- \$0 - \$31,860  
 \$31,861 - \$40,180  
 \$40,181 - \$48,500  
 \$48,501 - \$56,820  
 \$56,821 - \$65,140  
 \$65,140을 초과하는 경우 여기에 금액을 기입하십시오:  
 \$  ,  .00 연간.
- 본인의 소득원에 표시하십시오.**
- 사회보장연금
  - SSP 또는 SSDI
  - 연금
  - 예금, 주식, 채권 또는 퇴직 연금의 이자 및 배당금
  - 임금 및/또는 자영업 수익
  - 실업급여
  - 보험금 또는 법적 합의금
  - 장애 또는 산재 보상금
  - 배우자 또는 자녀 부양비
  - 장학금, 수여금 또는 기타 생활 보조금
  - 임대 소득 또는 로열티 소득
  - 현금 또는 기타 소득

## 3 진술 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

본 신청서에서 본인이 제공한 정보는 모두 사실이며 정확함을 진술합니다. 요청이 있을 경우 CARE 자격 증명에 필요한 증빙 서류를 제출할 것에 동의합니다. 본인이 더 이상 할인 받을 자격이 없게 될 경우 30일 이내에 (SoCalGas®)에 통보할 것에 동의합니다 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수도 있다는 것을 이해합니다. SoCalGas에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: X

날짜:  /  /