



A Sempra Energy utility

ПОМОЩЬ ЗАКАЗЧИКУ

СКИДКА 20 %

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ВСТУПЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ CARE

Посредством программы «Альтернативные тарифы на энергоносители в Калифорнии» (California Alternate Rates for Energy, CARE) SoCalGas® предлагает скидку 20% от суммы месячного счета за газ потребителям, соответствующим предъявляемым требованиям. Соответствующие предъявляемым требованиям потребители, получившие одобрение в течение 90 дней после начала нового газового обслуживания, также получают скидку 15 долл. США от взноса установления обслуживания. Скидка применяется к месячному счету за газ, следующему после даты одобрения заявления SoCalGas. Если вы являетесь арендатором помещения, то уведомление о том, получили ли вы одобрение скидки, будет направлено собственнику/управляющему помещению.

Заполните следующее заявление и отправьте его нам по почте, факсу, либо заполните онлайн-заявку на сайте [socialgas.com](http://socialgas.com) (поисковый запрос «CARE»).

## ПОПАСТЬ В ПРОГРАММУ МОЖНО ДВУМЯ СПОСОБАМИ

ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Если вы или кто-нибудь из членов вашей семьи получает льготы любой из следующих программ	МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ: (действует с 1 июня 2015 г. по 31 мая 2016 г.)	
	Количество членов семьи	Общий годовой доход*
Medi-Cal/Medicaid	1-2	\$31,860
Medi-Cal for Families A & B	3	\$40,180
Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women Infant and Children Program, WIC)	4	\$48,500
CalWORKs (TANF) <sup>1</sup> / TANF для коренного населения	5	\$56,820
Head Start Income Eligible — только для коренного населения	6	\$65,140
Общая помощь Бюро по делам индейцев	7	\$73,460
CalFresh (продовольственные талоны)	8	\$81,780
Национальная программа обеспечения школьными обедами (National School Lunch Program, NSLP)	Добавьте 8,320 долл. для каждого дополнительного члена семьи	
Программа помощи по оплате энергии потребителям с низкими доходами (Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)	*Включая текущий доход вашей семьи из всех источников без учета вычетов.	
Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI)		

←ИЛИ→

### УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ

<sup>1</sup>Включая льготы по программе «От социального обеспечения к труду»

- 1) Счет на природный газ должен быть выписан на ваше имя, а адрес должен быть адресом вашего преимущественного места жительства.
- 2) Вы не должны быть заявлены как иждивенец в налоговом заявлении другого лица, за исключением вашего супруга(супруги).
- 3) Вы обязаны повторно удостоверить свое заявление по требованию.
- 4) Если вы больше не соответствуете требованиям программы, вы обязаны уведомить SoCalGas в течение 30 дней.
- 5) У вас могут потребовать доказательств того, что вы соответствуете требованиям к участию в программе CARE.

### ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ И УСЛУГИ, НА КОТОРЫЕ ВЫ МОЖЕТЕ ПРЕТЕНДОВАТЬ:

**Energy Savings Assistance Program:** Предлагает бесплатные бытовые усовершенствования, позволяющие сэкономить на коммунальных платежах, например, теплоизоляция чердака, душевые лейки с низким расходом, азраторы для смесителей, уплотнение дверей, уплотнение стыков и пр., соответствующим требованиям владельцам и арендаторам жилья с допустимым доходом. Более подробную информацию можно получить по телефону 1-800-331-7593.

**Energy Savings Assistance Program™**

**Medical Baseline:** обеспечивает дополнительную квоту газа по сниженному тарифу для потребителей с определенными медицинскими показаниями. Для получения более подробной информации позвоните по телефону 1-800-427-2200.

**Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP):** оказывает помощь с оплатой счетов, экстренную помощь с оплатой счетов, а также услуги по утеплению. Позвоните в Департамент социального обеспечения и развития штата Калифорния по телефону 1-866-675-6623.

**California Lifeline:** Скидки на оплату телефона для лиц, соответствующих требованиям, схожим с требованиями программы CARE. Для получения дополнительной информации обращайтесь к местному поставщику услуг телефонии.

### ПОЛУЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ:

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

FAX: (213) 244-4665

Линия для людей с нарушениями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (только на английском и испанском языках)

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ 20% СКИДКИ ПО ПРОГРАММЕ CARE

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНЯЙТЕ ТОЛЬКО СИНЕЙ ИЛИ ЧЁРНОЙ ПАСТОЙ

Заполните заявление и отправьте его нам по почте, факсу, либо заполните онлайн-заявку на сайте **socalgas.com** (поисковый запрос «CARE»).

**По почте:** SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 или **По факсу:** (213) 244-4665

№ СЧЕТА/НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ № ВАШЕГО СЧЕТА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ЧТОБЫ УСКОРИТЬ ОБРАБОТКУ ДАННЫХ.

ФИО ПОТРЕБИТЕЛЯ (ИМЯ И ФАМИЛИЯ, КАК ОНИ УКАЗАНЫ В СЧЕТЕ)

АДРЕС

КВ./КОМН. №

ОРОД

ДОМАШН. ТЕЛ.

EMAIL

## 1 Общее количество членов вашей семьи (включая вас, других взрослых и детей)

- 1     2     3     4     5     6     Если больше 6:

## 2 Вы (или кто-либо из членов вашей семьи) являетесь участником какой-либо из следующих программ помощи?

- ДА** (Если да, пожалуйста, закрасьте соответствующие кружки)
- Medi-Cal/Medicaid: Младше 65 лет
  - Medi-Cal/Medicaid: старше 65 лет
  - Medi-Cal for Families A&B
  - Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women Infant and Children Program, WIC):
  - CalWORKs (TANF)1 / TANF для коренного населения
  - Head Start Income Eligible — только для коренного населения
  - Общая помощь Бюро по делам индейцев
  - CalFresh (продовольственные талоны)
  - Национальная программа обеспечения школьными обедами (National School Lunch Program, NSLP)
  - Программа помощи по оплате энергии потребителям с низкими доходами (LIHEAP)
  - Supplemental Security Income (SSI)
- НЕТ** Если нет, сколько составляет ваш годовой доход (без учета вычетов, включая всех членов семьи)?
- \$0 – \$31,860
  - \$31,861 – \$40,180
  - \$40,181 – \$48,500
  - \$48,501 – \$56,820
  - \$56,821 – \$65,140
  - Если больше 65,140, укажите сумму в долларах США здесь  
\$    .00 в год.
- Отметьте источники дохода
- Социальное обеспечение
  - SSP или SSDI
  - Пенсии
  - Проценты или дивиденды от сбережений, акций, облигаций или пенсионных счетов
  - Зарплата и/или доходы от предпринимательской деятельности
  - Пособие по безработице
  - Страховка или доходы от юридического урегулирования
  - Пособие по инвалидности или выплаты по страховке от несчастного случая на рабочем месте
  - Алименты
  - Стипендия, гранты или другая материальная помощь, используемая для оплаты проживания
  - Рента или авторские отчисления
  - Наличные выплаты или прочие доходы

## 3 Заявление Прочитайте следующую информацию и поставьте под ней свою подпись.

Я заявляю, что информация, указанная мной в данном заявлении, является верной и точной. По запросу я согласен (согласна) подтвердить свое соответствие требованиям программы CARE. Если я перестану соответствовать требованиям на получение скидки, я согласен (согласна) уведомить об этом Southern California Gas Company (SoCalGas). Я понимаю, что в случае получения скидки, не имея на нее права, мне, возможно, придется выплатить ее обратно. Я понимаю, что компания SoCalGas может передать мою информацию другим коммунальным службам или агентам, чтобы включить меня в их программы помощи.

ПОДПИСЬ:

X

ДАТА:

/  /