

ด้วยโปรแกรม California Alternate Rates for Energy (CARE) SoCalGas® ขอเสนอส่วนลด 20% สำหรับลูกค้าที่มีสิทธิ์รับส่วนลด สำหรับใบเรียกเก็บเงินค่าบริการก๊าซประจำเดือน ลูกค้าที่มีสิทธิ์รับส่วนลดที่ได้รับการอนุมัติภายใน 90 วัน หลังจากวันเริ่มบริการก๊าซ ใหม่จะได้รับส่วนลด \$15 สำหรับค่าธรรมเนียมเริ่มต้นบริการ ทั้งนี้ท่านจะได้รับส่วนลดเมื่อท่านกรอกข้อมูลและลงนามในใบสมัคร อย่างครบถ้วนและหลังจากจากใบสมัครของท่านได้รับการอนุมัติจาก SoCalGas หากท่านเป็นผู้เช่าที่เช่ามิเตอร์ย่อย เจ้าของ/ผู้จัดการ ทรัพย์สินของคุณจะได้รับแจ้งว่าคุณได้รับอนุมัติเพื่อรับส่วนลดหรือไม่

โปรดกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและส่งกลับทางไปรษณีย์หรือโทรสาร หรือสมัครออนไลน์ที่ socialgas.com (ค้นหาโดยใช้คำว่า "CARE") วิธีในการผ่านเกณฑ์ของวิธีดังต่อไปนี้

วิธีในการผ่านเกณฑ์ของวิธีดังต่อไปนี้

โปรแกรมสังคมสงเคราะห์: หากคุณหรือสมาชิกในครอบครัวของคุณได้รับสิทธิ์ประโยชน์จากโปรแกรมต่อไปนี้:	รายได้รวมสูงสุดของครัวเรือน (มีผลตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2015 ถึง 31 พฤษภาคม 2016)
	จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
	รายได้รวมต่อปี
Medi-Cal หรือ Medicaid	1-2 \$31,860
Medi-Cal สำหรับครอบครัว A & B	3 \$40,180
โครงการสงเคราะห์สตรีทารกแรกเกิด และเด็ก (WIC)	4 \$48,500
CalWORKs (TANF) ¹ หรือ Tribal TANF	5 \$56,820
Head Start Income Eligible — เฉพาะชนเผ่า	6 \$65,140
Bureau of Indian Affairs General Assistance	7 \$73,460
CalFresh (แสดงปณิธาน)	8 \$81,780
โปรแกรมอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)	
โปรแกรมให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานในบ้านแก่ผู้มีรายได้น้อย (LIHEAP)	
โครงการเสริมรายได้เพิ่มเติมจากเงินประกันสังคม (SSI)	
	สำหรับสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่มเติมให้เพิ่มอีกคนละ +\$8,320
	*รายได้รวมปัจจุบันของครัวเรือนจากทุกแหล่งรายได้ก่อนหักลดหย่อนภาษี

←หรือ→

เงื่อนไขสำหรับการเข้าร่วมโปรแกรม

1) ใบเรียกเก็บเงินค่าบริการก๊าซธรรมชาติต้องเป็นชื่อของคุณและที่อยู่ต้องเป็นที่อยู่หลักของคุณ 2) คุณต้องไม่ใช่สิทธิ์เป็นผู้อยู่ในความดูแลของผู้อื่น นอกเหนือจากคู่สมรสของคุณในการเสียภาษีรายได้ 3) คุณต้องแสดงหลักฐานตามที่ระบุไว้ในใบสมัครอีกครั้งหากมีการร้องขอ 4) คุณต้องแจ้งให้ SoCalGas ทราบภายใน 30 วันหากคุณขาดสถานะภาพในการเข้าร่วมโปรแกรม 5) คุณอาจถูกร้องขอให้แสดงหลักฐานยืนยันว่าคุณมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมโปรแกรม CARE

โปรแกรมและบริการอื่นๆ ที่คุณอาจผ่านเกณฑ์ในการเข้าร่วม:

Energy Savings Assistance Program: (โปรแกรมช่วยเหลือด้านการประหยัดพลังงาน)

เป็นโปรแกรมที่มอบความช่วยเหลือในการปรับปรุงบ้านเพื่อการประหยัดพลังงานโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น การติดตั้งฉนวนใต้ฝ้าเพดาน หัวฝักบัวประหยัดน้ำ ก๊อกประหยัดน้ำ การปิดช่องประตู การอุดรอยแตกฉนวน และการซ่อมแซมบ้านเล็กๆ น้อยๆ สำหรับเจ้าของบ้านและผู้เช่าบ้านที่มีรายได้ผ่านเกณฑ์ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ 1-800-331-7593

Medical Baseline: (โปรแกรมบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน) โปรแกรมนี้จะมอบสิทธิ์เพิ่มเติมในการใช้ก๊าซในอัตราต่ำกว่าราคาปกติแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการป่วยบางประเภท คุณสามารถโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข 1-800-427-2200

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): (โปรแกรมความช่วยเหลือด้านพลังงานในบ้านสำหรับผู้มีรายได้น้อย) โปรแกรมนี้จะมอบความช่วยเหลือในการชำระค่าบริการ ความช่วยเหลือในการชำระค่าบริการในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน และการปรับปรุงอาคารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประหยัดพลังงาน คุณสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่สำนักงานบริการและการพัฒนาชุมชนแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Dept. of Community Services and Development) ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1-866-675-6623

California Lifeline: (โปรแกรมส่วนลดค่าบริการโทรศัพท์สำหรับผู้ใช้บริการที่มีรายได้น้อยของรัฐแคลิฟอร์เนีย)

โปรแกรมนี้จะมอบส่วนลดค่าบริการโทรศัพท์สำหรับผู้ใช้บริการที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์เดียวกับผู้มีสิทธิ์เข้าร่วมโปรแกรม CARE คุณสามารถโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จากผู้ให้บริการโทรศัพท์ในท้องถิ่นของคุณ

**Energy Savings
Assistance Program™**

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่แผนกลูกค้าสัมพันธ์:

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

โทรสาร: (213) 244-4665

สำหรับผู้ที่ไม่มีปัญหาในการฟังหรือหูหนวก กรุณาติดต่อ (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (เฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาสเปนเท่านั้น)

ใบสมัครส่วนลด CARE 20%

โปรดกรอกข้อมูลด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำเท่านั้น

โปรดกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและส่งกลับทางไปรษณีย์หรือโทรสาร หรือสมัครออนไลน์ที่ **socalgas.com** (ค้นหาโดยใช้คำว่า "CARE")
ส่งไปรษณีย์มาที่: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles, CA 90051-1249 หรือส่งโทรสารมาที่: (213) 244-4665

เลขที่บัญชี /รหัสสิ่งอำนวยความสะดวก

โปรดระบุเลขที่บัญชีหรือรหัสสิ่งอำนวยความสะดวกของคุณเพื่อความรวดเร็วในการดำเนินงาน

ชื่อลูกค้า (ชื่อและนามสกุลตามที่ระบุไว้ในใบเรียกเก็บค่าบริการของคุณ)

ที่อยู่

เลขที่อพาร์ทเมนต์/พื้นที่

เมือง

โทรศัพท์บ้าน

อีเมล

1

จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือนของคุณ (รวมถึงตัวคุณเอง ผู้ใหญ่คนอื่นๆ และลูกๆ):

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ หากมากกว่า 6:

2

คุณ (หรือสมาชิกในครัวเรือนของคุณ) ได้รับสิทธิประโยชน์จากโปรแกรมดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ ใช่ (ถ้าใช่ โปรดทำเครื่องหมายในวงกลมดังนี้ ●)

- ☐ Medi-Cal/Medicaid: อายุต่ำกว่า 65
- ☐ Medi-Cal/Medicaid: อายุ 65 ปีขึ้นไป
- ☐ Medi-Cal สำหรับครอบครัว A&B
- ☐ โปรแกรมสงเคราะห์สตรี ทารกแรกเกิด และเด็ก (WIC)
- ☐ CalWORKs (TANF) หรือ Tribal TANF
- ☐ Head Start Income Eligible - Tribal Only
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ☐ CalFresh (แสดงปอาหาร)
- ☐ โปรแกรมอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)
- ☐ โปรแกรมให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานในบ้านแก่ผู้มีรายได้น้อย (LIHEAP)
- ☐ โปรแกรมเสริมรายได้เพิ่มเติมจากเงินประกันสังคม (SSI)

☐ ไม่ หากไม่ คุณมีรายได้ครัวเรือนเท่าใด (ก่อนหักภาษี ซึ่งรวมรายได้ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือน)

- ☐ \$0 – \$31,860
- ☐ \$31,861 – \$40,180
- ☐ \$40,181 – \$48,500
- ☐ \$48,501 – \$56,820
- ☐ \$56,821 – \$65,140
- ☐ หากมากกว่า \$65,140 ระบุจำนวนเหรียญที่นี่

\$, .00 ต่อปี.

โปรดเลือกที่มาของรายได้

- ☐ เงินประกันสังคม SSP
- ☐ SSP หรือ SSDI เงินบำนาญ
- ☐ เงินบำนาญ
- ☐ ดอกเบี้ยเงินฝากหรือเงินปันผลจากบัญชีออมทรัพย์ หุ้น พันธบัตร หรือบัญชีสำหรับผู้เกษียณ
- ☐ ค่าจ้างและ/หรือกำไรจากอาชีพอิสระ
- ☐ สิทธิผลประโยชน์จากการว่างงาน
- ☐ เงินประกันหรือเงินที่ได้จากการตกลงยอมคดีความ
- ☐ เงินชดเชยทุพพลภาพหรือเงินชดเชยแรงงาน
- ☐ เงินช่วยเหลือผู้สมรสหรือบุตร
- ☐ ทูน เงินสนับสนุน หรือเงินช่วยเหลืออื่นๆ ที่ใช้ในการครองชีพ
- ☐ ค่าเช่าหรือรายได้จากค่าลิขสิทธิ์
- ☐ เงินสดหรือรายได้อื่นๆ

3

การยืนยัน โปรดอ่านและลงนามด้านล่าง

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าระบุในเอกสารใบสมัครฉบับนี้ถูกต้องและเป็นความจริง หากมีการร้องขอข้าพเจ้ายินยอมที่จะแสดงหลักฐานที่แสดงว่าข้าพเจ้ามีสิทธิเข้าร่วมโปรแกรม CARE ข้าพเจ้าตกลงจะแจ้ง Southern California Gas Company (SoCalGas®) ภายใน 30 วันหากข้าพเจ้าขาดสถานะภาพในการได้รับส่วนลดจากโปรแกรม ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าได้รับส่วนลดโดยไม่มีสิทธิที่จะได้รับส่วนลดข้าพเจ้าอาจถูกร้องขอให้คืนส่วนลดที่ข้าพเจ้าได้รับข้าพเจ้าเข้าใจว่า SoCalGas สามารถแบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้ากับเจ้าหน้าที่หรือบริษัทสาธารณะบุคคลอื่นๆ เพื่อลงทะเบียนข้าพเจ้าในโปรแกรมช่วยเหลืออื่นๆ ได้

ลงนาม:

X

วันที่:

/ /