

Qua chương trình Giảm Tiền Trong Hóa Đơn Năng Lượng của California (CARE), SoCalGas® giảm 20 phần trăm trên hóa đơn tiền gas hàng tháng của những khách hàng hội đủ điều kiện. Những khách hàng nào hội đủ điều kiện đã được chấp thuận trong vòng 90 ngày kể từ khi bắt đầu sử dụng dịch vụ gas mới còn được giảm \$15 trong tiền Chi Phí Sử Dụng Dịch Vụ. Tiền giảm giá sẽ được áp dụng trong hóa đơn gas hàng tháng sau ngày đơn đã được SoCalGas chấp thuận. Nếu quý vị là người thuê nhà có đồng hồ điện phụ, thì chủ nhà/người quản lý khu nhà sẽ báo cho quý vị biết cho dù quý vị có được chấp thuận cho hưởng chương trình giảm giá hay không.

Xin điền vào đơn sau đây và gửi lại bằng bưu điện, fax, hoặc điền đơn trong mạng điện toán tại địa chỉ **socalgas.com** (Tìm "CARE").

CÓ HAI CÁCH ĐỂ ĐƯỢC HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP

Nếu quý vị hay một người khác trong gia đình quý vị được hưởng bất cứ chương trình nào sau đây:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal A & B cho Gia Đình

Chương Trình Dinh Dưỡng Cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh, & Trẻ Em (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ / TANF của Bộ Lạc

Chương Trình Head Start Cho Những Người Hội Đủ Điều Kiện Về Lợi Tức — Chỉ Dành cho Bộ Lạc

Trợ Cấp Tổng Quát của Phòng Sự Vụ Người Mỹ Da Đỏ

CalFresh (Food Stamps)

Chương Trình Trợ Giúp Của Quốc Gia Về Ăn Trưa Tại Trường (NSLP)

Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)

Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI)

HOẶC

¹Kể cả chương trình Trợ Cấp-Đi Làm

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA GIA ĐÌNH

(có hiệu lực kể từ ngày 1 tháng Sáu, 2015 đến 31 tháng Năm 2016)

Số Người trong Gia Đình

Tổng Cộng Lợi Tức Hàng Năm*

1-2

\$31,860

3

\$40,180

4

\$48,500

5

\$56,820

6

\$65,140

7

\$73,460

8

\$81,780

Thêm mỗi một người trong gia đình, cộng thêm \$8,320

*Tính chung tất cả các nguồn lợi tức hiện thời của gia đình trước khi khấu trừ.

ĐIỀU KIỆN ĐỂ ĐƯỢC HƯỞNG

1) Hóa đơn tiền gas thiên nhiên phải đứng tên của quý vị và địa chỉ phải là địa chỉ cư ngụ chính của quý vị. **2)** Quý vị không được là người phụ thuộc trong hồ sơ khai thuế lợi tức của người khác ngoại trừ người phối ngẫu của mình. **3)** Quý vị phải tái xác nhận đơn khi có yêu cầu. **4)** Quý vị phải báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện. **5)** Quý vị có thể phải xác minh tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị trong chương trình CARE.

NHỮNG CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC QUÝ VỊ CÓ THỂ CÓ ĐỦ ĐIỀU KIỆN HƯỞNG:

Energy Savings Assistance: Là chương trình giúp sửa chữa miễn phí những thứ trong nhà để tiết kiệm năng lượng chẳng hạn như gắn lớp cách nhiệt bên trên trần nhà, thay đầu vòi hoa sen trong phòng tắm, đầu vòi của những vòi nước ở bồn rửa để tiết kiệm nước, trét những khe hở ở cửa ra vào, trét kín những chỗ hở khác và các sửa chữa nhỏ trong nhà dành cho những chủ nhà và người thuê nhà hội đủ tiêu chuẩn về lợi tức. Muốn biết thêm chi tiết, xin gọi số 1-800-331-7593.

Energy Savings Assistance Program
.....
SM

Medical Baseline: Được cấp thêm số lượng gas cho phép, ở mức giá thấp cho những khách hàng đang có tình trạng bệnh. Muốn biết thêm chi tiết, xin gọi số 1-800-427-2200.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): Trợ giúp trả hóa đơn hàng tháng, trả hóa đơn cấp bách và dịch vụ giúp làm cho căn nhà được cách nhiệt. Xin gọi cho Ban Dịch Vụ và Phát Triển Cộng Đồng của California số 1-866-675-6623.

California Lifeline: Giảm giá điện thoại cho những khách hàng hội đủ điều kiện theo như quy định về lợi tức tương tự như chương trình CARE. Muốn biết thêm chi tiết, xin liên lạc với hãng điện thoại ở địa phương quý vị.

MUỐN BIẾT THÊM CHI TIẾT VỀ TRỢ GIÚP KHÁCH HÀNG:

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

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

ĐƠN XIN **GIẢM GIÁ 20%** TRONG CHƯƠNG TRÌNH CARE
CHỈ DÙNG BÚT XANH ĐẬM HOẶC BÚT ĐEN MÀ THÔI.

Xin điền vào đơn và gửi lại bằng bưu điện, fax, hoặc điền đơn trong
mạng điện toán tại địa chỉ **socalgas.com** (Tìm "CARE").

Gởi đến: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249 Los Angeles,
CA 90051-1249 hoặc **Fax đến:** (213) 244-4665

SỐ TRƯỞNG MỤC/I.D. CƠ SỞ XIN CHO BIẾT SỐ TRƯỞNG MỤC CỦA QUÝ
VỊ HOẶC SỐ I.D. CỦA CƠ SỞ ĐỂ ĐƠN ĐƯỢC TIẾN HÀNH NHANH.

TÊN KHÁCH HÀNG (TÊN VÀ HỌ GIỐNG NHƯ TRONG HÓA ĐƠN CỦA QUÝ VỊ)

ĐỊA CHỈ

APT/CHỖ #

THÀNH PHỐ

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ

- -

EMAIL

1 **Tổng số người trong gia đình**
(kể cả quý vị, những người lớn khác, và trẻ em):

- 1 2 3 4 5 6

Nếu trên 6 người:

2

Quý vị (hay người thân trong gia đình quý vị) có được hưởng chương trình nào sau đây không?

- CÓ** (Nếu có, xin tô đậm vào (những) ô tròn ●)
- Medi-Cal/Medicaid: Dưới 65 tuổi
- Medi-Cal/Medicaid: 65 tuổi trở lên
- Medi-Cal A&B cho Gia Đình
- Chương Trình Dinh Dưỡng cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC)
- CalWORKs (TANF) hoặc TANF của Bộ Lạc
- Chương Trình Head Start Cho Những Người Hội Đủ Điều Kiện Về Lợi Tức - Chỉ Dành cho Bộ Lạc
- Trợ Cấp Tổng Quát của Phòng Sự Vụ Người Mỹ Da Đỏ
- CalFresh (Food Stamps)
- Chương Trình Trợ Giúp Của Quốc Gia Về Ăn Trưa Tại Trường (NSLP)
- Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
- Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI)
- KHÔNG** Nếu không, lợi tức hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu (trước khi trừ thuế, cộng chung của tất cả mọi người trong gia đình)?
- \$0 – \$31,860
- \$31,861 – \$40,180
- \$40,181 – \$48,500
- \$48,501 – \$56,820
- \$56,821 – \$65,140
- Nếu trên \$65,140, xin ghi số tiền vào đây
\$, .00 mỗi năm.

2 (TIẾP THEO)

Xin tô đậm vào nguồn lợi tức của quý vị:

- Phụ Cấp An Sinh
- SSP or SSDI
- Tiền Hưu Bổng
- Tiền lời hoặc tiền lãi cổ phần từ tương mục tiết kiệm, cổ phần, công khố phiếu hay hưu trí
- Tiền lương và/hoặc lợi nhuận từ công việc tự làm chủ
- Tiền thất nghiệp
- Bồi thường của bảo hiểm hoặc bồi thường pháp lý
- Trợ cấp khuyết tật hay tiền bồi thường tai nạn lao động
- Cấp dưỡng cho người phối ngẫu hoặc cấp dưỡng con
- Học bổng, tài trợ, hoặc trợ cấp khác để trang trải chi phí sinh sống
- Lợi tức nhà cho thuê hay bản quyền
- Tiền mặt hoặc lợi tức khác

3 **Xác Nhận Lời Khai** Xin đọc và ký tên vào bên dưới.

Tôi xác nhận rằng những chi tiết tôi khai trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về điều kiện hợp lệ được hưởng CARE nếu có yêu cầu. Tôi đồng ý báo cho Southern California Gas Company (SoCalGas®) biết trong vòng 30 ngày nếu tôi không còn đủ điều kiện để được giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá mà không đủ điều kiện, tôi có thể phải hoàn trả lại số tiền giảm giá đã nhận. Tôi hiểu rằng SoCalGas có thể chia sẻ thông tin của tôi với các công ty dịch vụ tiện ích khác hoặc người đại diện để ghi danh cho tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

KÝ TÊN: X

NGÀY: / /