



**20% CARE**  
**ՉԵՂՉԻ ԴԻՄՈՒՄ**



The Gas Company-ի California Alternate Rates for Energy (CARE) (Կալիֆորնիայի Այլընտրանքային Պները Էներգիայի համար) պայմանուհիներն ծրագիրը մատակարարում է ամսական 20% զեղչ գազի հաշվի համար: Նրանք, ովքեր որակավորված են և վավերացված՝ գազի նոր ծառայությունը սկսելուց 90 օրվա ընթացքում, կստանան նաև \$15 զեղչ Ծառայության Հաստատման Ծախքի համար: Չեղչը կկիրառվի, երբ որ լրացնեք և ստորագրված դիմումը վավերացվի The Gas Company<sup>SM</sup>-ի կողմից:

Խնդրվում է լրացնել և վերադարձնել դիմումը կամ դիմել առցանց՝ [socialgas.com](http://socialgas.com) (Փնտրեք «CARE»)

**ԻՆՉՊԵՍ ՊԱՅՄԱՆՈՒՆԱԿ ԴԱՌՆԱԼ ՉԵՂՉԻՆ.**

<b>ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԸ՝</b>
Եթե դուք կամ ձեր ընտանիքից ուրիշ անդամ օգտվում եք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկից
Medicaid ԿԱՍ Medi-Cal, Healthy Families A&B, Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF, Head Start Income Eligible - Tribal Only, Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh / SNAP (Սննդի կտրոններ), National School Lunch Program (NSLP), Low Income Home Energy Assistance Program, Supplemental Security Income (SSI)

ԿԱՍ

<b>ԱՌԱՎԵԼԱԳՈՒՅՆ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՑ՝</b> <i>(ուժի մեջ է 2013 թ. հունիսի 1-ից մինչև 2014 թ. մայիսի 31-ը)</i> *Ներկա ընտանեկան եկամուտը բոլոր աղբյուրներից՝ մինչև կրճատումները	
Ընտանիքի անդամների թիվը	Ընդհ. տարեկան եկամուտը
1	\$22,980
2	\$31,020
3	\$39,060
4	\$47,100
5	\$55,140
6	\$63,180
7	\$71,220
8	\$79,260
Ընտանիքի յուրաքանչյուր լրացուցիչ անդամ	+\$8,040

**ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ**

Գազի հաշիվը պետք է Ձեր անունով լինի և հասցեն պետք է Ձեր հիմնական հասցեն լինի: / Դուք չեք կարող կախյալ համարվել Ձեր ամուսնուց բացի որևէ մեկի եկամտահարկի հայտարարագրում: / Դուք պետք է կրկին վավերացնեք Ձեր դիմումի ձևը, երբ որ խնդրվի: / Դուք պետք է հայտնեք The Gas Company-ին 30 օրվա ընթացքում, եթե այլևս պայմանուհի չեք: / Ձեզանից կարող է խնդրվել ստուգել CARE-ի Ձեր պայմանուհակությունը:

**ԱՅԼ ԾՐԱԳՐԵՐ ԿԱՍ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՑ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ Ե ՈՐԱԿԱՎՈՐՎԱԾ ԼԻՆԵՔ՝**

**Energy Savings Assistance Program** - Ցածր եկամուտ ունեցող իրավասու տանտերերին և վարձակալներին անվճար կարգով առաջարկում է տան Էներգահիսալոգիայի այնպիսի բարեկարգումներ, ինչպիսիք են առաստաղի մեկուսացումը, դռան եղանակային մերկացումը, գաջումն ու մանր տնային վերանորոգումներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել 1-800-331-7593:



**Medical Baseline** - Մատակարարում է լրացուցիչ գազի թույլտվություն ավելի ցածր գնով որոշակի առողջական վիճակ ունեցող հաճախորդներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-800-427-2200 հեռախոսի համարով:

**LIHEAP**- Low Income Home Energy Assistance Program մատակարարում է հաշիվների վճարման օգնություն, վթարների օգնություն և եղանակի հետ կապված ծառայություններ: Չանգահարեք California Department of Community Services and Development 1-866-675-6623 հեռախոսի համարով:

**California Lifeline** - Չեղչով հեռախոսային մուտք՝ CARE-ի նման եկամտային ցուցմունքներին որակավորված հաճախորդների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ձեր տեղական հեռախոսային ծառայությունների մատակարարողին:

**ՀԱՃԱՆՈՐԴՆԵՐԻ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՐ՝**

**1-888-427-1345**

Լսողության դժվարություն ունեցողներ (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (միայն անգլերեն և իսպաներեն լեզուներով)  
Ֆաքս: (213)244-4665



# CARE 20% Գնային Չեղչի Դիմում

Խնդրվում է ՄՈՒԳ թանաքով լրացնել և տպատառերով հստակ գրել՝ հարկին գործածումը երաշխավորելու համար ճրջանակները ճիշտ նշելու ձևը. ●

Form 6491-D ARM (06/13)  
 THE GAS COMPANY  
 CARE PROGRAM, ML GT19A1  
 PO BOX 3249  
 LOS ANGELES, CA 90051-1249

<h1>1</h1>	<p>Հաճախորդի Անուն՝ (ինչպես Ձեզ ուղարկվող հաշիվներում)</p> <p>Տան հասցե՝ (փողոց, քաղաք, ԻՆԴԵՔՍ)</p> <p>Հաշվեհամար՝ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Հեռախոսահամար՝ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Էլեկտրոնային հասցե՝ <input type="text"/></p>																								
<h1>2</h1>	<p><b>Ձեր ընտանիքում մեծահասակների և երեխաների ընդհանուր թիվը՝</b></p> <p><input type="radio"/> 1    <input type="radio"/> 2    <input type="radio"/> 3    <input type="radio"/> 4    <input type="radio"/> 5    <input type="radio"/> 6    <input type="radio"/> 6+ : <input type="checkbox"/></p> <p><b>Դուք (կամ որևէ մեկը Ձեր ընտանիքում) մասնակցում եք արդյո՞ք հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկին:</b></p> <p><input type="radio"/> <b>ԱՅՈ</b> (Եթե այո, ապա նշեք որ ծրագր(եր)ին եք մասնակցում ▼</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: մինչև 65 տարեկան</td> <td><input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 տարեկան կամ ավել</td> <td><input type="radio"/> Supplemental Security Income (SSI)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Healthy Families Categories A &amp; B</td> <td><input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Women, Infants, and Children Program (WIC)</td> <td><input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF</td> <td><input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Only</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> CalFresh / SNAP ( Սննդի կտրոններ )</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="radio"/> <b>ՈՉ</b></p> <p>Որքա՞ն է Ձեր տարեկան ընտանեկան եկամուտը (մինչև կրճատումները՝ ընտանիքի բոլոր անդամներին ներառյալ) ▼</p> <p><input type="radio"/> \$0 - \$22,980    <input type="radio"/> \$22,981 - \$31,020    <input type="radio"/> \$31,021 - \$39,060    <input type="radio"/> \$39,061 - \$47,100    <input type="radio"/> \$47,101 - \$55,140</p> <p><input type="radio"/> Եթե \$55,140-ից ավել է, ապա գումարը մուտքագրեք այստեղ. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 00 տարեկան</p> <p>Խնդրվում է նշել Ձեր եկամտի աղբյուրները. ▼</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Social Security</td> <td><input type="radio"/> Աշխատավարձ և/կամ շահույթ սեփական գործից</td> <td><input type="radio"/> Ամուսնության կամ երեխայի օգնություն</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> SSP կամ SSDI</td> <td><input type="radio"/> Գործազրկության նպաստ</td> <td><input type="radio"/> Ուսման թոշակ, գրանտ, կամ այլ օգնություն ապրուստի ծախսերի համար</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Կենսաթոշակ</td> <td><input type="radio"/> Ապահովագրության կամ իրավական լուծում</td> <td><input type="radio"/> Վարձի կամ հարկի եկամուտ</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Տոկոս կամ շահաբաժին՝ խնայողական հաշիվներից, բաժնետոմսերից, արժեթղթերից կամ թոշակի հաշվից</td> <td><input type="radio"/> Հաշմանդամության վճարում կամ Աշխատողի փոխհատուցում</td> <td><input type="radio"/> Կանխիկ կամ այլ եկամուտ</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: մինչև 65 տարեկան	<input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 տարեկան կամ ավել	<input type="radio"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="radio"/> Healthy Families Categories A & B	<input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)	<input type="radio"/> Women, Infants, and Children Program (WIC)	<input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)	<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF	<input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Only	<input type="radio"/> CalFresh / SNAP ( Սննդի կտրոններ )		<input type="radio"/> Social Security	<input type="radio"/> Աշխատավարձ և/կամ շահույթ սեփական գործից	<input type="radio"/> Ամուսնության կամ երեխայի օգնություն	<input type="radio"/> SSP կամ SSDI	<input type="radio"/> Գործազրկության նպաստ	<input type="radio"/> Ուսման թոշակ, գրանտ, կամ այլ օգնություն ապրուստի ծախսերի համար	<input type="radio"/> Կենսաթոշակ	<input type="radio"/> Ապահովագրության կամ իրավական լուծում	<input type="radio"/> Վարձի կամ հարկի եկամուտ	<input type="radio"/> Տոկոս կամ շահաբաժին՝ խնայողական հաշիվներից, բաժնետոմսերից, արժեթղթերից կամ թոշակի հաշվից	<input type="radio"/> Հաշմանդամության վճարում կամ Աշխատողի փոխհատուցում	<input type="radio"/> Կանխիկ կամ այլ եկամուտ
<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: մինչև 65 տարեկան	<input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)																								
<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 տարեկան կամ ավել	<input type="radio"/> Supplemental Security Income (SSI)																								
<input type="radio"/> Healthy Families Categories A & B	<input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)																								
<input type="radio"/> Women, Infants, and Children Program (WIC)	<input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)																								
<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) ԿԱՍ Tribal TANF	<input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Only																								
<input type="radio"/> CalFresh / SNAP ( Սննդի կտրոններ )																									
<input type="radio"/> Social Security	<input type="radio"/> Աշխատավարձ և/կամ շահույթ սեփական գործից	<input type="radio"/> Ամուսնության կամ երեխայի օգնություն																							
<input type="radio"/> SSP կամ SSDI	<input type="radio"/> Գործազրկության նպաստ	<input type="radio"/> Ուսման թոշակ, գրանտ, կամ այլ օգնություն ապրուստի ծախսերի համար																							
<input type="radio"/> Կենսաթոշակ	<input type="radio"/> Ապահովագրության կամ իրավական լուծում	<input type="radio"/> Վարձի կամ հարկի եկամուտ																							
<input type="radio"/> Տոկոս կամ շահաբաժին՝ խնայողական հաշիվներից, բաժնետոմսերից, արժեթղթերից կամ թոշակի հաշվից	<input type="radio"/> Հաշմանդամության վճարում կամ Աշխատողի փոխհատուցում	<input type="radio"/> Կանխիկ կամ այլ եկամուտ																							
<h1>3</h1>	<p><b>Համաձայն եք արդյո՞ք հետևյալին:</b> Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել:      Ես հայտնում եմ, որ այս դիմումի մեջ իմ մատակարարած տեղեկությունները ճշմարիտ են և ճշգրիտ: Ես համաձայն եմ մատակարարել CARE պայմանականության ապացույց, եթե այն խնդրվի: Ես համաձայն եմ տեղեկացնել The Gas Company-ին, եթե այլևս որակավորված չլինեմ գեղջը ստանալու: Ես հասկանում եմ, որ եթե ես գեղջը ստանամ առանց որակավորված լինելու, ինձանից կարող է պահանջվել վերադարձնել ստացած գեղջը: Ես հասկանում եմ, որ The Gas Company-ն կարող է իմ տեղեկությունները կիսել այլ կենցաղային սպասարկման հիմնարկների կամ գործակալների հետ, որպեսզի ես մասնակցեմ նրանց օգնության ծրագրերին:</p> <p>Ստորագրություն՝ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/> Ամսաթիվ՝ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>																								