

# 20% 折扣 CARE 申請

加州能源優惠 (CARE) 計劃為符合資格的 SoCalGas® 客戶提供每月天然氣帳單 20% 折扣。折扣適用於申請經過 SoCalGas 核准的日期之後每月帳單。

## 請使用下列方法之一提交填妥的申請：

- 1) 造訪 [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) 或 [socalgas.com/CARE](http://socalgas.com/CARE)。您的申請會得到立即處理。
- 2) 隨時撥打 24 小時全天候電話 1-866-716-3452。請準備好帳號。
- 3) 透過郵寄或傳真 (號碼 213-244-4665) 方式發回填妥並簽名的表單。

## 有兩種方式獲取資格：

援助計劃	← 或者 →	家庭總收入
如果您或者您家庭中的另一成員從以下計劃中的任意一項獲益：		2023 年 6 月 1 日至 2024 年 5 月 31 日有效
Medi-Cal/Medicaid		1-2 \$39,440
A 和 B 類家庭 Medi-Cal		3 \$49,720
婦孺兒童營養補助計劃 (WIC)		4 \$60,000
CalWORKs (TANF) / 部落 TANF		5 \$70,280
學前教育班補助金計劃 — 僅限部落		6 \$80,560
印第安事務局一般協助計劃		7 \$90,840
CalFresh (食物券)		8 \$101,120
全國學童午餐計劃 (NSLP)		
低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)		
社會安全補助金		
<small>*包括 Welfare-To-Work</small>		

**家庭成員數量** 與 **總年收入\*** 的對應關係：

1-2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840
8	\$101,120

每多一名成員則增加 \$10,280 美元  
\*扣減前所有來源的當前家庭收入。

## 參與條件：

1) 您必須滿足上表中的資格要求。2) 天然氣帳單必須在您的名下，地址必須是您的主要地址。3) 您不得聲明為除您配偶之外其他人的所得稅申報表的受援助者。4) 您必須在需要時重新認證您的申請。5) 如果您不再符合資格，您必須在 30 天之內通知 SoCalGas。6) 您可能被要求確認您的 CARE 參與資格。

## 您可能有資格參與的計劃和服務：

 <b>家居援助</b> 透過授權的當地承包商免費改進節能家居	 <b>Energy Savings Assistance Program</b> <a href="http://socalgas.com/Improvements">socalgas.com/Improvements</a> 1-800-331-7593	
 <b>醫療援助</b> 醫療基線優惠 對於符合條件的醫療狀況，能以最低的基線費率獲取額外的天然氣 <a href="http://socalgas.com/Medical">socalgas.com/Medical</a> 1-866-431-3517	<b>帳單援助</b> 低收入家庭能源協助 能源帳單援助和防寒保暖服務 1-866-675-6623 <b>欠費管理計劃</b> 可為符合資格的住宅 CARE 客戶提供逾期帳單寬限 <a href="http://socalgas.com/Forgiveness">socalgas.com/Forgiveness</a> 1-800-427-2200	 <b>電話援助</b> California Lifeline 為符合資格的客戶提供電話服務折扣 如需更多資訊，請造訪 <a href="http://californialifeline.com">californialifeline.com</a>

English : 1-800-427-2200  
廣東話 : 1-800-427-1420  
傳真 : (213) 244-4665

한국어 : 1-800-427-0471  
Español : 1-800-342-4545  
聽障專線(TDD/TTY) : 1-800-252-0259 (僅限英語和西班牙語)

中文 : 1-800-427-1429  
Việt : 1-800-427-0478



[socalgas.com](http://socalgas.com)

1 (800) 427-2200



# 20% 折扣 CARE 申請

請只使用深藍或黑色墨水筆

請填妥這份申請並透過郵寄或傳真方式發回，或造訪 [socalgas.com/CARE](http://socalgas.com/CARE) 線上申請。

郵寄地址：SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249，傳真號碼：(213) 244-4665

帳號

請提供您帳號的前 10 位數字。

客戶姓名（帳單上顯示的姓名）

地址

城市

主要電話號碼

## 1 家庭成員總數（包括您自己及其他成人和兒童）：

- 1     2     3     4     5     6     如果超過 6 人：

## 2 您（或您的家人）是否已登記參加以下任何援助計劃？

- 是（如果「是」，請畫實心圓圈●）
- Medi-Cal/Medicaid: 65 歲以下
  - Medi-Cal/Medicaid: 65 歲（含）以上
  - A 和 B 類家庭 Medi-Cal
  - 婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)
  - CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
  - 學前教育班補助金計劃 - 僅限部落
  - 印第安事務局一般協助計劃
  - CalFresh (食物券)
  - 全國學童午餐計劃 (NSLP)
  - 低收入家庭能源補助計劃 (LIHEAP)
  - 社會安全補助金
- 否 (如果「否」，扣減前家庭年收入是多少（包括所有 家庭成員？）)
- \$0 - \$39,440
  - \$39,441 - \$49,720
  - \$49,721 - \$60,000
  - \$60,001 - \$70,280
  - \$70,281 - \$80,560
  - 如果超過 \$80,560，在此輸入美元金額  
\$  ,  .00 /年。

請選擇收入來源

- 社會保障
- SSP 或 SSDI
- 養老金
- 儲蓄、股票、債券或退休帳戶利息或股息
- 工資和/或薪金
- 失業津貼
- 保險或法律賠償
- 殘障或工人補償金
- 配偶贍養費或子女撫養費
- 獎學金、補助或其他生活費援助
- 租金或版稅收入
- 現金、其他收入或自僱所得

## 3 宣告 請閱讀以下內容並簽名。

本人申明，本人在此申請中提供的資訊真實正確。本人同意，應要求提供 CARE 資格證明。本人同意，如果不再符合折扣優惠資格，則在 30 天之內通知 SoCalGas。本人瞭解，如果獲得折扣而不符合資格，本人需要退還所獲折扣。我授權，SoCalGas 可與其他公用事業公司、州機構和 CPUC 指定之實體分享我的資訊，以便持續有資格 與能源管理援助、降價和住宅費率計畫。

簽名：

日期：