

# GIẢM GIÁ 20% ĐƠN XIN CARE

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (CARE) cho phép những khách hàng đủ điều kiện của SoCalGas® được giảm giá 20% trên hóa đơn gas tự nhiên hàng tháng của họ. Khoản giảm giá này được áp dụng trên các hóa đơn gas hàng tháng sau khi đơn xin này được SoCalGas chấp thuận.

## Vui lòng nộp đơn đã điền đầy đủ sử dụng một trong các cách thức dưới đây:

- 1) Ghé vào **myaccount.socalgas.com** or **socalgas.com/CARE**. Đơn của quý vị sẽ được duyệt xét nhanh chóng.
- 2) Gọi vào số 1-866-716-3452 bất kỳ lúc nào, 24 giờ một ngày. Vui lòng chuẩn bị sẵn số tài khoản của quý vị.
- 3) Gửi đơn đã điền đầy đủ và ký tên qua thư bưu điện hoặc gửi fax đến số (213) 244-4665.

## Có HAI cách xét đủ điều kiện:

### Chương trình trợ cấp

Nếu quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận phúc lợi từ bất kỳ các chương trình sau:

- Medi-Cal/Medicaid
- Medi-Cal cho Gia đình A & B
- Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)
- CalWORKs (TANF)<sup>1</sup> hoặc TANF Bộ Lạc
- Hội Đủ Điều Kiện về Lợi Tức Head Start (Chỉ dành cho Bộ Lạc)
- Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa
- CalFresh (Tem Thực Phẩm)
- Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)
- Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
- Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh

<sup>1</sup>Bao gồm Welfare-to-Work

← HAY →

### Lợi tức tối đa của gia đình

Có hiệu lực từ ngày 1 Tháng Sáu, 2023 đến ngày 31 Tháng Năm, 2024

 <b>Số Người trong Gia Đình</b>	1-2	\$39,440	 <b>Tổng Lợi Tức Hàng Năm*</b>
	3	\$49,720	
	4	\$60,000	
	5	\$70,280	
	6	\$80,560	
	7	\$90,840	
	8	\$101,120	

Mỗi người thêm vào +\$10,280  
*\*Bao gồm lợi tức hiện tại từ tất cả các nguồn trước khi khấu trừ của gia đình.*

## Điều kiện tham gia:

1) Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện trong bảng trên. 2) Hóa đơn gas phải có tên quý vị và địa chỉ phải là địa chỉ cư ngụ chính của quý vị. 3) Quý vị không được tuyên bố là người phụ thuộc trên bản khai thuế của người khác ngoài vợ/chồng của mình. 4) Quý vị phải tái xác nhận lại đơn xin của mình khi được yêu cầu. 5) Quý vị phải thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu mình không còn hội đủ điều kiện. 6) Quý vị có thể được yêu cầu xác minh hội đủ điều kiện chương trình CARE.

## Các chương trình và dịch vụ khác mà quý vị có thể đủ điều kiện:

 <b>Trợ giúp cho nhà của quý vị</b> Cải thiện nhà tiết kiệm năng lượng miễn phí từ các nhà thầu địa phương được ủy quyền	<b>Energy Savings Assistance Program</b>	<b>socalgas.com/Improvements</b> <b>1-800-331-7593</b>
 <b>Hỗ trợ các nhu cầu về y tế</b> <b>Định mức y tế căn bản</b> Chương trình có thêm gas tự nhiên ở mức giá căn bản thấp nhất cho những người có bệnh trạng hội đủ điều kiện. <b>socalgas.com/Medical</b> <b>1-866-431-3517</b>	<b>Giúp trả hóa đơn</b> <b>Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp</b> Hỗ trợ trả hóa đơn tiện ích và dịch vụ thích nghi thời tiết <b>1-866-675-6623</b> <b>Chương Trình Quản Lý Nợ Hóa Đơn Quá Hạn</b> Xóa nợ cho các hóa đơn quá hạn của khách hàng hội đủ điều kiện <b>socalgas.com/Forgiveness</b> <b>1-800-427-2200</b>	 <b>Trợ giúp điện thoại</b> <b>California Lifeline</b> Dịch vụ điện thoại giảm giá cho khách hàng đủ điều kiện Tìm hiểu thêm tại <b>californialifeline.com</b>

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

한국어: 1-800-427-0471  
Español: 1-800-342-4545  
Kiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (hiện chỉ có tiếng Anh và Tây Ban Nha)

中文: 1-800-427-1429

Tiếng Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200



# GIẢM GIÁ 20% ĐƠN XIN CARE

Vui lòng chỉ sử dụng mực xanh đậm hoặc mực đen

Vui lòng điền đầy đủ và gửi lại đơn này qua bưu điện, fax hoặc ghi danh trên mạng tại [socialgas.com/CARE](http://socialgas.com/CARE).

**Gửi thư đến:** SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 hoặc Fax đến số (213) 244-4665

SỐ TÀI KHOẢN

VUI LÒNG CUNG CẤP 10 SỐ ĐẦU TIÊN CỦA SỐ TÀI KHOẢN CỦA QUÝ VỊ

TÊN KHÁCH HÀNG (HỌ VÀ TÊN GIỐNG NHƯ HIỂN THỊ TRÊN HÓA ĐƠN THANH TOÁN CỦA QUÝ VỊ)

ĐỊA CHỈ

CĂN HỘ/SPACE #

THÀNH PHỐ

SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH

1

Tổng số người trong gia đình của quý vị (bao gồm chính quý vị, người lớn và trẻ em khác):

1  2  3  4  5  6 Nếu hơn 6 người:

2

Quý vị (hoặc ai đó trong gia đình) đã nhận được bất kỳ chương trình hỗ trợ nào sau đây?

- CÓ (Nếu có, vui lòng tô (các) vòng tròn ●)
- Medi-Cal/Medicaid Dưới 65 tuổi
  - Medi-Cal/Medicaid Từ 65 tuổi trở lên
  - Medi-Cal cho Gia đình A & B
  - Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)
  - CalWORKs (TANF) hoặc TANF Bộ Lạc
  - Hội Đủ Điều Kiện về Lợi Tức Head Start (Chỉ dành cho Bộ Lạc)
  - Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa
  - CalFresh (Phiếu Thực Phẩm)
  - Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)
  - Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
  - Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh
- KHÔNG (Nếu không, lợi tức hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu trước khấu trừ, bao gồm tất cả mọi người trong gia đình?)
- \$0 - \$39,440
  - \$39,441 - \$49,720
  - \$49,721 - \$60,000
  - \$60,001 - \$70,280
  - \$70,281 - \$80,560
  - Nếu nhiều hơn \$80,560, điền số tiền lợi tức ở đây  
\$ , .00 mỗi năm.

Vui lòng cho biết các nguồn lợi tức của quý vị

- An Sinh Xã Hội
- SSP hoặc SSDI
- Tiền hưu trí
- Tiền lãi hoặc cổ tức từ khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí
- Tiền công và/hoặc tiền lương
- Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền giải quyết bảo hiểm hoặc pháp lý
- Tiền bồi thường khuyết tật hoặc bảo hiểm lao động
- Trợ cấp nuôi con hoặc cho vợ/chồng
- Học bổng, trợ cấp, hoặc viện trợ khác được sử dụng cho chi phí sinh hoạt
- Lợi tức cho thuê hoặc tiền bản quyền
- Tiền mặt, lợi tức khác hoặc lợi nhuận từ công việc tự do

3

**Tuyên BỐ.** Vui lòng đọc và ký tên bên dưới.

Tôi tuyên bố rằng thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về việc đủ điều kiện CARE nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu tôi không còn đủ điều kiện để nhận được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được giảm giá mà không đủ điều kiện được hưởng, tôi bắt buộc phải trả lại khoản giảm giá mà tôi đã nhận được. Tôi cho phép SoCalGas chia sẻ thông tin của tôi để tôi tiếp tục đủ tiêu chuẩn được hưởng các chương trình trợ cấp quản lý năng lượng, giảm giá và biểu giá cho cư dân có sẵn với các công ty tiện ích khác, các cơ quan tiểu bang và các cơ quan được CPUC chỉ định.

CHỮ KÝ:

NGÀY: