

# 20% تخفیف درخواست CARE



برنامه California Alternate Rates for Energy (نرخهای جایگزین انرژی کالیفرنیا) (CARE)، بیست درصد تخفیف برای قبض ماهانه گاز برای مشتریان واجد شرایط SoCalGas® در نظر گرفته است. قبض ماهانه گاز از روز بعد تایید شدن درخواست به وسیله SoCalGas مشمول این تخفیف خواهد شد.

## درخواست پر شده را به یکی از روش های زیر به ما تحویل دهید:

- 1) مراجعه به [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) یا [socalgas.com/care](http://socalgas.com/care). درخواست شما بلافاصله پردازش می شود. (برای مشتریان دارای حساب قبض SoCalGas)
- 2) با 866-716-3452 در هر ساعت از شبانه روز می توانید تماس بگیرید. شماره حساب خود را در دسترس نگه دارید.
- 3) فرم پر شده و امضا شده را به وسیله پست یا نماپر به شماره 213-244-4665 بازگردانید.

## دو راه برای واجد شرایط شدن وجود دارد

حداکثر درآمد خانوار (MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME) (از 1 ژوئن 2019 تا 31 می 2020) تعداد افراد خانوار کل درآمد سالانه*	برنامه های کمک عمومی اگر شما یا همسر شما از اعضای خانوار شما از مزایای همسر از برنامه های زیر استفاده می کنید:
\$33,820	1-2
\$42,660	3
\$51,500	4
\$60,340	5
\$69,180	6
\$78,020	7
\$86,860	8

برای هر عضو اضافی خانوار، 8,840 دلار اضافه کنید  
\*شامل درآمد جاری خانوار از همه منابع پیش از کسر مالیات.

1 شامل Welfare-to-Work

## شرایط مشارکت:

- 1) شما باید الزامات صلاحیت مندرج در جدول بالا را برآورده کنید. (2) قبض گاز طبیعی باید به نام شما باشد و نشانی مندرج در آن باید نشانی اصلی شما باشد. (3) نام شما نباید به عنوان فرد تحت تکفل در گزارش مالیات بر درآمد شخصی دیگری غیر از همسران ذکر شده باشد. (4) در صورت نیاز باید درخواست خود را دوباره تایید کنید. (5) اگر دیگر واجد شرایط نباشید، باید موضوع را ظرف 30 روز از تاریخ سلب صلاحیت به SoCalGas اطلاع دهید. (6) ممکن است از شما خواسته شود که صلاحیت خود برای بهره مندی از CARE را راستی آزمایی کنید.

## دیگر برنامه ها و خدماتی که ممکن است واجد شرایط آنها باشید:

<p>کمک ویژه منزل</p> <p><a href="http://socalgas.com/improvements">socalgas.com/improvements</a> 1-800-331-7593</p> <p><b>Energy Savings Assistance Program</b></p> <p>از خدمات بهسازی منزل با هدف کاهش مصرف انرژی به صورت رایگان بهره مند شوید و ضمن کاهش هزینه، منزلتان را راحت تر کنید</p>	
---	--

<p>کمک ویژه قبض خدمات همگانی</p> <p>کمک انرژی منزل ویژه افراد کم درآمد کمک هزینه قبض، کمک هزینه پرداخت های اضطراری و خدمات عایق بندی 1-866-675-6623</p>
---

<p>کمک ویژه تلفن</p> <p>CALIFORNIA LIFELINE تخفیف قبض خدمات تلفن برای مشتریان واجد شرایط برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه دهنده سرویس تلفن خود تماس بگیرید</p>
---

<p>کمک ویژه نیازهای پزشکی</p> <p>کمک خط پایه پزشکی اگر دچار بیماری جدی باشید، می توانید با کمترین نرخ خط پایه از گاز طبیعی اضافی بهره مند شوید <a href="http://socalgas.com/medical">socalgas.com/medical</a> 1-866-431-3517</p>
--

# 20% تخفیف درخواست CARE

فقط از خودکار آبی تیره یا مشکی استفاده کنید

این درخواست را پس از پر کردن از طریق پست، نمابر یا اینترنت (به نشانی [socialgas.com/care](http://socialgas.com/care)) به ما تحویل دهید.

ارسال پستی به: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 یا شماره نمابر: (213) 244-4665

شماره حساب

برای سرعت بخشیدن به روند رسیدگی، شماره حساب خود را ذکر کنید.

نام مشتری (نام و نام خانوادگی طبق آنچه در قبض ذکر شده است)

نشانی

شماره آپارتمان/بخش

شهر

تلفن اصلی

1

تعداد کل اعضای خانوار (شامل خودتان، افراد بزرگسال دیگر و کودکان):

1  2  3  4  5  6  اگر بیش از 6 است:

2

آیا شما (یا همسر یا همکار از اعضای خانوار شما) در هریک از برنامه های کمک رسانی زیر ثبت نام کرده اید (کرده است):

بله (اگر بله، دایره های) ● را پر کنید)  خیر (اگر خیر، درآمد سالانه خانوار شما پیش از کسر مالیات، شامل همه اعضای خانوار، چقدر است؟)

\$0 - \$33,820

\$33,821 - \$42,660

\$42,661 - \$51,500

\$51,501 - \$60,340

\$60,341 - \$69,180

اگر بیش از \$69,180 است، مبلغ دلاری را اینجا وارد کنید

\$  ,  .00 در سال.

منابع درآمد خود را مشخص کنید

تامین اجتماعی

SSDI یا SSP

مستمری

سود یا بهره پس انداز، سهام، اوراق قرضه یا حساب های بانکی

دستمزد و/یا حقوق

مزایای بیکاری

بیمه یا پرداخت های قانونی

پرداخت های از کارافتادگی یا غرامت کارگران

کمک هزینه همسر یا فرزند

بورس آموزشی، کمک مالی یا دیگر کمک هزینه های زندگی

درآمد ناشی از اجاره بها یا حق امتیاز

مبلغ نقدی، درآمدهای دیگر یا سود شغل آزاد

واجد شرایط درآمد Head Start - فقط قبیله ای

کمک عمومی اداره امور سرخپوستان

CalFresh (کوپن غذا)

برنامه ملی نهار مدرسه (NSLP)

برنامه کمک انرژی ویژه خانوارهای کم درآمد (LIHEAP)

درآمد تامین تکمیلی

3

اظهارنامه قسمت زیر را بخوانید و امضا کنید.

اعلام می کنم که اطلاعات ارائه شده در این درخواست درست و واقعی است. می پذیرم که مدرک صلاحیت CARE را بنا به درخواست ارائه کنم. می پذیرم که در صورت از دست دادن صلاحیت، موضوع را ظرف 30 روز به شرکت گاز کالیفرنیا جنوبی (SoCalGas) اطلاع دهم. می دانم که اگر بدون داشتن صلاحیت از تخفیف بهره مند شوم، ملزم به بازپرداخت تخفیف دریافتی خواهم شد. می دانم که SoCalGas می تواند اطلاعات من را به دیگر شرکت ها یا کارگزاران خدمات همگانی ارائه کند تا امکان ثبت نام من در برنامه های کمک رسانی دیگر فراهم شود.

امضا:

تاریخ: