

خصم 20% طلب التقدم لبرنامج CARE



إن برنامج أسعار كاليفورنيا البديلة للطاقة (CARE) يقدم لعملائه المستحقين في شركة غاز جنوب كاليفورنيا SoCalGas® خصم مقداره 20% على فواتير الغاز الطبيعي الشهرية. سوف تنطبق هذه الوثيقة على فواتير الغاز الشهرية عقب تاريخ موافقة شركة SoCalGas على الطلب.

يُرجى تقديم الطلب بعد استكماله عن طريق استخدام واحدة من الطرق المدرجة أدناه:

- 1) قم بزيارة موقع myaccount.socalgas.com أو socalgas.com/care. سوف يتم معالجة طلبك في الحال. (للعلماء الذين لديهم حساب فواتير SoCalGas)
- 2) اتصل بهاتف رقم 866-716-3452 في أي وقت على مدار 24 ساعة في اليوم. يُرجى أن تكون جاهز برقم حسابك.
- 3) أعد إرسال النموذج بعد تعيينته وتوقيعه عن طريق البريد أو الفاكس على رقم 213-244-4665.

هناك طريقتين للتأهل للبرنامج

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME دخل الأسرة الأقصى (اعتباراً من 1 يونيو 2019 وحتى 31 مايو 2020) عدد الأفراد في الأسرة	إجمالي الدخل السنوي*
1-2	33,820 دولار
3	42,660 دولار
4	51,500 دولار
5	60,340 دولار
6	69,180 دولار
7	78,020 دولار
8	86,860 دولار

لكل عضو إضافي في الأسرة، أضيف 8,840 دولار
*يضمن هذا دخل الأسرة الحالي من كل المصادر قبل الاستقطاعات.



برامج الدعم العام
إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك تتلقون مساعدات من أي من البرامج التالية:

- برنامج ميدي كال/ميدي كيد
- برنامج ميدي كال للعائلات أ & ب
- برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)
- برنامج كول وركس (TANF) / 1 TANF القلبي
- برنامج المستحقين للدخل الأولي - قلبي فقط
- برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية
- برنامج كول فريش (طوايع الغذاء)
- برنامج الغذاء المدرسي الوطني (NSLP)
- برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)
- برنامج دخل الضمان الاجتماعي التكميلي

¹ يتضمن برنامج Welfare-to-Work لمساعدة متلقي الإعاقات الاجتماعية على إيجاد فرص عمل

شروط المشاركة:

- 1) يجب أن يتوفر فيك متطلبات الاستحقاق المدرجة في الجدول السابق. 2) يجب أن تكون فاتورة الغاز الطبيعي باسمك ويجب أن يكون العنوان المدرج بها هو عنوانك الرئيسي. 3) يجب ألا تكون مطالباً بعائد ضريبة الدخل باعتبارك معتمد على شخص آخر غير زوجك. 4) يجب عليك إعادة التصديق على طلبك عندما يُطلب منك ذلك. 5) يجب عليك إخطار شركة SoCalGas في غضون 30 يوماً إذا لم تعد مستحقاً. 6) قد يُطلب منك التحقق من أهليتك لبرنامج CARE.

فيما يلي البرامج والخدمات الأخرى التي يمكن أن تتأهل لها:

برنامج مساعدة لأسرتك HELP FOR YOUR HOME

socalgas.com/improvements
1-800-331-7593

Energy Savings
Assistance Program

تتلقى بموجب هذا البرنامج تحسينات تساعد على توفير الطاقة مجاناً تساعدك في توفير المال وتوفير لك المزيد من الراحة



برنامج المساعدة في الفواتير HELP WITH YOUR BILL

برنامج المساعدة في الطاقة للأسر منخفضة الدخل هو برنامج للمساعدة في دفع الفواتير والمساعدة الطارئة في الفواتير وخدمات حماية المباني من الظروف الجوية



1-866-675-6623

برنامج المساعدة في الهاتف HELP WITH YOUR PHONE

خط الحياة بكاليفورنيا
CALIFORNIA LIFELINE
خدمات هاتفية مخفضة للعملاء المؤهلين
لمزيد من المعلومات اتصل بموفر خدمة الهاتف



برنامج المساعدة في الاحتياجات الطبية HELP FOR MEDICAL NEEDS

البدل الطبي الأساسي
تحصل بموجبه على غاز طبيعي بأقل سعر أساسي إذا كنت تعاني من حالة صحية خطيرة
socalgas.com/medical
1-866-431-3517



中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

لضعاف السمع (الصم والبكم): 1-800-252-0259 (متاحة باللغتين الإنجليزية والأسبانية فقط)

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

فاكس: (213) 244-4665

خصم 20% طلب تقدم لبرنامج CARE

يُرجى استخدام الحبر الأزرق الداكن أو الأسود فقط

يُرجى تعبئة الطلب وإرساله مرة أخرى بالبريد أو الفاكس أو التقدم عن طريق الإنترنت على هذا الرابط socialgas.com/care.

يُرسل البريد على العنوان التالي: 1249-SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051 أو إرسال فاكس على رقم: (213)244-4665

رقم الحساب

يُرجى توفير رقم حسابك لتسريع معالجة طلبك.

اسم العميل (الاسم الأول والأخير كما هو ظاهر في فاتورتك)

رقم المنزل/المكان

العنوان

الهاتف الرئيسي

المدينة

1 إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما فيهم أنت، والأشخاص البالغين الآخرين، والأطفال):

1 2 3 4 5 6 إذا كان العدد أكثر من 6:

2 هل أنت (أو أي فرد في أسرتك) مدرج في أي من برامج المساعدة التالية؟

نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تظليل الدائرة (الدوائر) ●)
 لا (إذا كانت الإجابة لا، فما هو دخل أسرتك السنوي قبل الاستقطاعات، بما في ذلك كل أفراد أسرتك؟)

برنامج ميدي كال/ميدي كيد: تحت سن 65 سنة

برنامج ميدي كال/ميدي كيد: 65 سنة أو أكبر

برنامج ميدي كال للعائلات أ & ب

برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)

برنامج كول وركس (TANF) / (TANF) القبلي

برنامج المستحقين للدخل الأولي - قبلي فقط

برنامج الدعم العام التابع لمكتب الشؤون الهندية

برنامج كول فريش (طوايع الغذاء)

برنامج الغذاء المدرسي الوطني (NSLP)

برنامج إعانة الطاقة للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP)

برنامج دخل الضمان الاجتماعي التكميلي

0 دولار - 33,820 دولار
 33,821 دولار - 42,660 دولار
 42,661 دولار - 51,500 دولار
 51,501 دولار - 60,340 دولار
 60,341 دولار - 69,180 دولار
إذا كان الدخل أكبر من 69,180 دولار أدخل القيمة بالدولار هنا
00. دولار في السنة

يُرجى التأشير أمام مصادر دخلك

ضمان اجتماعي

دخل ضمان اجتماعي تكميلي أو تأمين الضمان الاجتماعي ضد العجز

معاشات

فوائد أو أرباح من حسابات التوفير أو الأسهم أو السندات أو حسابات التقاعد

أجور أو مرتبات أو كليهما معاً

إعانات بطالة

تأمين أو تسويات قانونية

مدفوعات إعاقاة أو تعويضات عاملين

دعم زواج أو إعالة

منح دراسية، أو منح، أو مساعدات أخرى مستخدمة في تغطية نفقات المعيشة

دخل من الإيجار أو الإتاوات

أموال نقدية، مصدر دخل آخر، أو ربح من توظيف ذاتي

3

إقرار يُرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه.

أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة. أوافق على تقديم إثبات أحقيتي في الاستفادة من برنامج CARE إن طلبت مني ذلك. أوافق على إخطار شركة غاز جنوب كاليفورنيا مع المرافق العامة الأخرى أو الوكلاء لإدراجي في برامج المساعدة الخاصة بهم. (SoCalGas®) في غضون 30 يوماً إذا لم أعد مستحقاً لتلقي الخصم. أدرك أنني إذا تلقيت خصماً بدون استحقاق له، يكون عليّ أن أرد الخصم الذي تلقيته. أدرك أن شركة SoCalGas يمكنها مشاركة معلوماتي مع المرافق العامة الأخرى أو الوكلاء لإدراجي في برامج المساعدة الخاصة بهم.

التاريخ:

التوقيع: