



A  Sempra Energy utility®

**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天然氣帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請：

- 1)** 造訪 [myaccount.socalgas.com](https://myaccount.socalgas.com) 或 [socalgas.com/care](https://socalgas.com/care)。您的申請會得到立即處理。（開設 SoCalGas 帳單帳戶的客戶）
- 2)** 隨時撥打 24 小時全天候電話 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

## 公共援助計劃

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：

Medi-Cal/Medicaid

A 和 B 類家庭 Medi-Cal

婦嬰兒童營養補助計劃 (WIC)

CalWORKs (TANF)<sup>1</sup>/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)

低收入家庭能源協助計劃 (LIHEAP)

社會安全補助金

**或者**

<sup>1</sup>包括 Welfare-to-Work

## 家庭總收入

(2019 年 6 月 1 日至 2020 年 5 月 31 日有效)

家庭成員數量

總年收入\*

1-2

\$33,820

3

\$42,660

4

\$51,500

5

\$60,340

6

\$69,180

7

\$78,020

8

\$86,860

家庭中每多一名成員則增加 8,840 美元

\*包括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：



### 家居援助

獲得既省錢又提高舒適性的免費節能家居裝修

### Energy Savings

Assistance Program<sup>SM</sup>

[socialgas.com/improvements](https://socialgas.com/improvements)  
1-800-331-7593



### 醫療援助

如有嚴重健康狀況，以最低的基線費率獲取額外的天然氣

### 醫療基線優惠

[socialgas.com/medical](https://socialgas.com/medical)  
1-866-431-3517



### 帳單援助

帳單支付援助、能源帳單援助和防寒保暖服務

### 低收入家庭能源協助

1-866-675-6623



### 電話援助

為符合資格的客戶提供電話服務折扣

### CALIFORNIA LIFELINE

如需更多資訊，  
請聯絡電話服務提供商

## 有關客戶援助的更多資訊：

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

傳真：213-244-4665

聽障專線 (TDD/TTY)：1-800-252-0259

(僅限英語和西班牙語)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2019 Southern California Gas Company 公司著作權所有。商標為其各自所有者的財產。保留所有權利。

CARE 計劃由加州公用事業客戶資助，並在加州公用事業管理委員會指導下由 Southern California Gas Company 管理。計劃資金遵循先到先得的原則分配，直到此類資金用完為止。該計劃可能有變動或終止，恕不另行通知。

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT N19E0032A



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)

低收入家庭能源協助計劃 (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 - \$33,820

\$33,821 - \$42,660

\$42,661 - \$51,500

\$51,501 - \$60,340

\$60,341 - \$69,180

如果超過 \$69,180，在此輸入美元金額

\$   ,    .00 /年。

**2****(續)****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 Southern California Gas Company (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。本人瞭解，SoCalGas 可與其他公用事業公司或代理分享本人資訊，以招募本人參與援助計劃。

簽名： **X**

日期：  /  /