

SoCalGas® 透過加州能源優惠 (CARE) 計劃向合格客戶提供每月 20% 的瓦斯費折扣。合格客戶若在新開瓦斯服務的 90 天內通過審核，還可獲得 \$15 的開戶手續費折扣。若申請經 SoCalGas 核准，您下月的瓦斯帳單即可享受折扣。如果您是分錶租戶，我們將通知物業業主/管理人您是否已獲准享受折扣。

請填寫以下申請表並以郵寄或傳真方式提交，或者登入網站 **socalgas.com** 申請（搜尋「CARE」）。

# 有兩類人群符合資格要求

## 公共援助計劃

如果您或家中其他人正在接受下列任何計劃的援助：

Medi-Cal/Medicaid (加州醫療補助計劃)

家庭 Medi-Cal A 類及 B 類

WIC - 婦女、嬰兒和兒童營養補助計劃

CalWORKs (TANF)<sup>1</sup> /部落 TANF

學前教育班補助金計劃 (僅限部落)

印第安事務局一般援助計劃

CalFresh (糧食券)

全國學童免費午餐計劃 (NSLP)

LIHEAP 低收入家庭能源補助計劃

社會安全補助金 (SSI)

**或**

<sup>1</sup>包括「福利-引至-工作」(Welfare-to-Work)

## 家庭收入最高限額

(2015年6月1日至2016年5月31日有效)

家庭成員人數

年收入總額\*

1-2

\$31,860

3

\$40,180

4

\$48,500

5

\$56,820

6

\$65,140

7

\$73,460

8

\$81,780

家中每多一人增加 \$8,320

\*目前家庭所有來源的稅前收入總和。

## 參加條件

**1)** 天然氣瓦斯帳單必須在您的名下，且地址必須為您的主要住址。**2)** 除配偶外，您不能是其他人報稅單上的被撫養人。**3)** 您必須按要求重新認證您的 CARE 資格。**4)** 如果您失去資格，必須在 30 天內通知 SoCalGas。**5)** 可能會要求您提交 CARE 資格證明文件。

---

## 您可能有資格參加的其他優惠計劃和服務：

### Energy Savings Assistance Program (節能補助計劃)：

為符合收入要求的屋主或租戶免費提供住宅節能改善服務，如屋頂絕緣隔熱、節水型蓮蓬頭、水龍頭曝氣器、房門天氣封條、堵縫和簡易房屋維修。若需更多資訊，請致電 1-800-331-7593。



**Medical Baseline (醫療基線計劃)：**以較低費率向患有某些病症的客戶提供額外的瓦斯使用額度。若需更多資訊，請致電 1-800-427-2200。

**LIHEAP (低收入家庭能源補助計劃)：**提供帳單付費援助、緊急帳單援助及越冬禦寒服務。請致電 1-866-675-6623 與 California Dept. of Community Services and Development (加州社區服務與發展部) 聯絡。

**California Lifeline (加州普濟電話服務計劃)：**為滿足 CARE 計劃類似收入標準的客戶提供電話費折扣。如需更多資訊，請和您的電話公司聯絡。

---

## 如需更多客戶援助資訊：

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1429

中文: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

Việt: 1-800-427-0478

傳真：(213) 244-4665

聽障專線 (TDD/TTY)：1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)



## 2

### 您或您家是否有人參加以下任何援助計劃？

- 是（請把圓圈塗黑●）
- Medi-Cal/Medicaid：65 歲以下
- Medi-Cal/Medicaid：65 歲以上
- 家庭 Medi-Cal A 類及 B 類
- WIC - 婦女、嬰兒和兒童營養補助計劃
- CalWORKs (TANF) 或部落 TANF
- 學前教育班補助金計劃 — 僅限部落
- 印第安事務局一般援助計劃
- CalFresh（糧食券）
- 全國學童免費午餐計劃 (NSLP)
- LIHEAP 低收入家庭能源補助計劃
- 社會安全補助金 (SSI)
  
- 否 - 請問您的家庭年收入是多少（稅前，包括家中所有成員）？

- \$0 - \$31,860
- \$31,861 - \$40,180
- \$40,181 - \$48,500
- \$48,501 - \$56,820
- \$56,821 - \$65,140
- 若超過 \$65,140，請在此輸入金額

\$ , .00 每年。

**2****(續)****請指出您的收入來源：**

- 社會安全福利金
- 社會安全補助金 SSP 或 SSDI
- 退休金
- 儲蓄、股票、債券或退休帳戶的利息或紅利
- 工資和/或自雇者的盈利
- 失業救濟金
- 保險或法律賠償
- 殘疾津貼或勞工補償
- 配偶或子女贍養費
- 獎學金、助學金或其他生活費津貼
- 租金或權利金收入
- 現金或其他收入

**3****聲明** 請閱讀下文並簽名。

我聲明本申請書所填資料正確無誤。我同意按要求提供 CARE 資格證明文件。我同意在失去折扣資格時於 30 日內通知 Southern California Gas Company (SoCalGas®)。我瞭解若我資格不符卻接受折扣，可能須退還之前享受的折扣。我瞭解 SoCalGas 可將我的資料提供給其他公用事業公司或代理人，以便我加入他們的援助計劃。

簽名： X 日期：  /  /