

加州能源優惠 (CARE) 計劃為符合資格的 SoCalGas® 客戶提供每月帳單 20% 折扣。折扣適用於申請經過 SoCalGas 核准的日期之後每月帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請：

- 1) 請造訪 myaccount.socalgas.com 或 socalgas.com/CARE。您的申請會得到立即處理。
- 2) 隨時撥打 24 小時全天候電話 1-866-716-3452。請準備好帳號。
- 3) 透過郵寄或傳送傳真到 (213) 244-4665，寄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)¹ 或部落 TANF
學前教育班補助金計劃
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

¹包括 Welfare-to-Work

或

家庭總收入

(2024 年 6 月 1 日至 2025 年 5 月 31 日有效)



家庭成員
數量

1-2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440



總年收入*

每多一名成員則增加 \$10,760 美元

*包括扣減前所有來源的當前家庭收入。

參與條件：

- 1) 您必須滿足第 2 頁其中一個表格中的資格要求。
- 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

透過授權的當地承包商免費改進節能家居

Energy Savings

Assistance Program™

socialgas.com/Improvements

1-800-331-7593



醫療援助

對於符合條件的醫療狀況，能以最低的基線費率獲取額外的天然氣

醫療用電補助計畫

socialgas.com/Medical

1-866-431-3517



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，請造訪

californialifeline.com

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



帳單援助

可為符合資格的住宅 CARE 客戶提供逾期帳單寬限。

欠費管理計劃

socialgas.com/Forgiveness

1-800-427-2200

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

© 2024 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。

這些計劃由加州公用事業客戶資助，並在 California Public Utilities Commission 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。這些計劃可能會被修改或終止，恕不另行通知。

SOURCE CODE: 9Q CH LF

14237C-2024

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畫 - 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)
- 低收入家庭能源援助計畫 (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 - \$40,880
- \$40,881 - \$51,640
- \$51,641 - \$62,400
- \$62,401 - \$73,160
- \$73,161 - \$83,920
- 如果超過 \$83,920，在此輸入美元金額

\$, .00 /年。

2

(續)

請標示您的收入來源：

- 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 計畫 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 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。我授權 SoCalGas 可與其他公用事業公司、州機構和 CPUC 指定之實體分享我的資訊，以便我還將有資格參加能源管理援助、降價和住宅費率計畫。

簽名：

X

日期：

 / /