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帳單。

請使用下列方法之一提交填妥的申請：

1) 瀏覽 **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) 透過郵寄或發送傳真到 (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] /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

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

每多一名成員則增加 $10,760 美元

**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

透過授權的當地承包商免費改進節能家居。

Energy Savings Assistance Program

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

醫療援助

醫療用電補助計劃以最低基準費率為具有合格醫療需求之個人提供額外的天然氣。

socalgas.com/Medical **1-866-431-3517**

帳單援助

低收入家庭能源協助
能源帳單援助和防寒保暖服務。
1-866-675-6623

欠費管理計劃
可為符合資格的住宅 CARE 客戶提供逾期帳單寬限。
socalgas.com/Forgiveness **1-800-427-2200**

電話援助

California Lifeline
為符合資格的客戶提供電話服務折扣。
californialifeline.com

English：1-800-427-2200
廣東話: 1-800-427-1420
傳真：(213)244-4665
한국어 : 1-800-427-0471
Español：1-800-342-4545
聽障專線 (TDD/TTY)：1-800-252-0259（僅限英語和西班牙語）
中文:1-800-427-1429
Việt: 1-800-427-0478

SoCalGas

socalgas.com | **1 (800) 427-2200**

20% 折扣 CARE 申請

請只使用深藍或黑色墨水筆

請填妥這份申請並透過郵寄或傳真方式發回，或造訪 **socalgas.com/CARE** 線上申請。

郵寄地址：SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249，**傳真號碼：**(213)244-4665

帳號

請提供您帳號的前 10 位數字。

客戶姓名（帳單上顯示的姓名）

地址　　公寓/空間號碼

城市　　主要電話號碼

1 家庭成員總數（包括您自己及其他成人和兒童）：

☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5　☐ 6　☐ 如果超過 6 人：

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。

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 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：

© 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。

94537C-2024
Form 6491 CH
Source Code: 9B
Meter: Residential