20% تخفیف درخواست CARE

برنامه California Alternate Rates for Energy (نرخ های جایگزین انرژی کالیفرنیا) (CARE) بیست درصد تخفیف برای قبض ماهانه گاز برای مشتریان واجد شرایط SoCalGas® در نظر گرفته است. قبض ماهانه گاز ارز روز بعد از تأیید شدن درخواست به وسیله SoCalGas مشمول این تخفیف خواهد شد.

درخواست پر شده را به یکی از روش های زیر به ما تحویل دهید:

1) به **myaccount.socalgas.com** یا **socalgas.com/CARE** مراجعه کنید. درخواست شما به سرعت بررسی خواهد شد.
2) در هر زمان و 24 ساعت شبانه روز با شماره 1-866-716-3452 تماس بگیرید. شماره حساب خود را در دسترس نگه دارید.
3) فرم پر شده و امضا شده را از طریق پست یا نمابر به 244-4665 (213) بازگردانید.

دو راه برای واجد شرایط بودن وجود دارد:

برنامه های کمک های عمومی

اگر شما یا هر یک ازاعضای خانوار شما از مزایای هر یک از برنامه های زیر استفاده می کند:

- Medi-Cal/Medicaid
- Medi-Cal for Families A&B
- زنان، نوزادان و کودکان (WIC)
- CalWORKs (TANF)[1] /TANF قبیله ای
- واجد شرایط درآمد Head Start (فقط قبیله ای)
- کمک عمومی اداره امور سرخپوستان
- CalFresh (کوپن غذا)
- (National School Lunch Program (NSLP
- برنامه کمک به انرژی ویژه خانوار های کم درآمد (LIHEAP)
- درآمد تأمین تکمیلی

[1]شامل رفاه به کار است

یا

حداکثر درآمد خانوار

قابل اجرا از 1 ژوئن 2024 تا 31 مه 2025

تعداد افراد خانوار	کل درآمد سالانه*
2-1	$40,880
3	$51,640
4	$62,400
5	$73,160
6	$83,920
7	$94,680
8	$105,440

هر نفر اضافه + 10,760 دلار

*درآمد فعلی خانوار از همه منابع قبل از کسورات.

شرایط مشارکت:

1) شما باید الزامات صلاحیت مندرج در جدول بالا را برآورده کنید. **2)** قبض گاز طبیعی باید به نام شما باشد و آدرس مدرج در آن باید آدرس اصلی شما باشد. **3)** نام شما نباید به عنوان فرد تحت تکفل در گزارش مالیات بر درآمد شخصی دیگریغیر از همسرتان ذکر شده باشد. **4)** در صورت نیاز باید درخواست خود را دوباره تأیید کنید. **5)** اگر دیگر واجد شرایط نباشید، باید موضوع را ظرف 30 روز از تاریخ سلب صلاحیت به SoCalGas اطلاع دهید. **6)** ممکن است از شما خواسته شود که صلاحیت خود را برای بهره مندی از CARE راستی آزمایی کنید.

سایر برنامه ها و خدماتی که ممکن است واجد شرایط آنها باشید:

کمک ویژه منزل شما
خدمات بهسازی منزل با هدف کاهش مصرف انرژی به صورت رایگان از طرف پیمانکاران محلی مجاز

Energy Savings Assistance Program

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

کمک ویژه نیازهای پزشکی
برنامه کمک هزینه پایه پزشکی، گاز طبیعی اضافی را با کمترین نرخ پایه برای کسانی که شرایط پزشکی واجد شرایط دارند، ارائه می دهد.

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

کمک ویژه قبض همگانی
کمک انرژی منزل ویژه افراد کم درآمد
کمک هزینه قبض و خدمات عایق بندی
1-866-675-6623

طرح مدیریت مبلغ پس افتاده
بخشودگی صورتحساب به مشتریان واجد شرایط ارائه می دهد
socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200

کمک ویژه تلفن
لایف لاین کالیفرنیا
خدمات تلفن با تخفیف برای مشتریان واجد شرایط
californialifeline.com

English: 1-800-427-2200
한국어: 1-800-427-0471
中文: 1-800-427-1429
廣東話: 1-800-427-1420
Español: 1-800-342-4545
Việt: 1-800-427-0478
فکس: 244-4665 (213)
کم شنوایی (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (فقط به زبان انگلیسی و اسپانیایی موجود است)

SoCalGas

20% تخفیف درخواست CARE

لطفا فقط از خودکار آبی تیره یا مشکی استفاده کنید

لطفاً این درخواست را از طریق پست، فکس یا درخواست آنلاین در **socalgas.com/CARE** تکمیل و برگردانید.

ایمیل به: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 **یا شماره نمابر:** (213) 244-4665

شماره حساب

لطفاً 10 رقم اول شماره حساب خود را ارائه دهید.

نام مشتری (اولین و آخرین به محض اینکه در صورتحساب شما ظاهر می شود)

نشانی

شماره بخش/آپارتمان

شهر

تلفن اولیه

1

تعداد کل افراد خانوار شما (شامل خودتان، بزرگسالان دیگر و کودکان):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ اگر بیشتر از 6:

2

آیا شما (یا هر یک از اعضای خانوار شما) در هر یک از برنامه های کمک رسانی زیر ثبت نام کرده اید (کرده است)؟

☐ **بله** (اگر بله، دایره (هایی) را پر کنید ●)

☐ Medi-Cal/Medicaid: زیر 65 سال

☐ Medi-Cal/Medicaid: 65 یا بیشتر

☐ Medi-Cal for Families A&B

☐ برنامه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)

☐ CalWORKs (TANF)[1] یا TANF قبیله ای

☐ واجد شرایط درآمد Head Start (فقط قبیله)

☐ کمک عمومی امور سرخپوستان

☐ CalFresh (کوپن غذا)

☐ National School Lunch Program (NSLP)

☐ برنامه کمک به انرژی خانه با درآمد کم (LIHEAP)

☐ درآمد تأمین تکمیلی

☐ **خیر** (اگر نه، درآمد سالانه خانوار شما قبل از کسر، از جمله همه اعضای خانواده چقدر است؟)

☐ $0 - $40,880

☐ $40,881 - $51,640

☐ $51,641 - $62,400

☐ $62,401 - $73,160

☐ $73,161 - $83,920

☐ اگر بیش از 83,920 دلار است، مقدار دلار را در اینجا وارد کنید

$ .00 در سال.

لطفا منابع درآمد خود را مشخص کنید

☐ تأمین اجتماعی

☐ SSP یا SSDI

☐ مستمری

☐ سود یا بهره پس‌انداز، سهام، اوراق قرضه یا حساب‌های بازنشستگی

☐ دستمزد و/یا حقوق

☐ مزایای بیکاری

☐ بیمه یا پرداخت های قانونی

☐ پرداخت از کارافتادگی یا غرامت کارگران

☐ کمک هزینه همسر یا فرزند

☐ بورس آموزشی، کمک مالی، یا دیگر کمک هزینه های زندگی

☐ درآمد ناشی از اجاره بها یا حق امتیاز

☐ مبلغ نقدی، سایر درآمدهای دیگر یا سود شغل آزاد

3

اظهارنامه، زیر را بخوانید و امضا کنید

اعلام می کنم که اطلاعاتی که در این برنامه ارائه کرده ام درست و صحیح است. موافقت می کنم در صورت درخواست، مدرکی مبنی بر واجد شرایط بودن برنامه CARE ارائه کنم. اگر دیگر واجد شرایط دریافت تخفیف نباشم، موافقت می کنم که ظرف 30 روز به SoCalGas اطلاع دهم. می دانم که اگر تخفیف را بدون واجد شرایط بودن دریافت کنم، ملزم به بازپرداخت تخفیفی هستم که دریافت کرده ام. من به SoCalGas اجازه می‌دهم اطلاعاتم را به‌منظور واجد شرایط ماندن برای کمک‌های مدیریت انرژی موجود، کاهش قیمت و برنامه‌های نرخ مسکونی با سایر شرکت‌ها، سازمان‌های دولتی و نهادهای تعیین‌شده توسط CPUC به اشتراک بگذارد.

امضا X

تاریخ: / /

© 2024 شرکت گاز کالیفرنیای جنوبی. علائم تجاری جزء دارییهای دارندگان انها هستند. تمامی حقوق محفوظ است.

این برنامه ها توسط مشتریان خدمات شهری کالیفرنیا تامین می شود و توسط شرکت گاز کالیفرنیای جنوبی تحت نظارت کمیسیون خدمات عمومی کالیفرنیا اداره می شود. وجوه برنامه بر اساس اولویت اول تخصیص داده می شود تا زمانی که چنین بودجه ای دیگر در دسترس نباشد. این برنامه ها ممکن است بدون اطلاع قبلی تغییر یابد یا خاتمه یابد.

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