# បញ្ចុះតម្លៃ 20% ការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី CARE

កម្មវិធីបម្រុងទុកថាមពលនៃរដ្ឋ California (CARE) ផ្តល់ជូនអតិថិជន SoCalGas® ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នូវការបញ្ចុះតម្លៃ 20% លើវិក្កយបត្រហ្គាសធម្មជាតិប្រចាំខែរបស់ពួកគេ ។ ការបញ្ចុះតម្លៃនេះនឹងត្រូវអនុវត្តចំពោះវិក្កយបត្រប្រចាំខែបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលពាក្យស្នើសុំត្រូវបានអនុម័តិដោយក្រុមហ៊ុន SoCalGas ។

## សូមដាក់ពាក្យដែលបានបំពេញរួចដោយប្រើវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីដូចខាងក្រោម៖

1) ចូលទៅកាន់ **myaccount.socalgas.com** ឬ **socalgas.com/CARE**។ សំណើរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានដំណើរការភ្លាមៗ។
2) ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-716-3452 បានគ្រប់ពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ។ សូមត្រៀមលេខគណនីរបស់អ្នកឲ្យរួចរាល់ ។
3) សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារួចមកវិញតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទៅលេខ (213) 244-4665 ។

## មានវិធីចំនួន ពីរ ដើម្បីបំពេញលក្ខខណ្ឌ៖

### កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ

**ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ៖**

- Medi-Cal/Medicaid
- Medi-Cal សម្រាប់គ្រួសារ A&B
- ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)
- CalWORKs (TANF)[1] ឬ កុលសម្ព័ន្ធ TANF
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិចាប់ផ្តើមរកចំណូល (សម្រាប់តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ)
- ការិយាល័យជំនួយផ្នែកកិច្ចការទូទៅឥណ្ឌា
- CalFresh (តែមអាហារ)
- កម្មវិធីអាហារថ្ងៃត្រង់សាលាថ្នាក់ជាតិ (NSLP)
- កម្មវិធីជំនួយថាមពលសម្រាប់គ្រួសារដែលមានចំណូលទាប
- ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម

*រួមបញ្ចូលទាំងសុខុមាលភាពដើម្បីធ្វើការ*

**ឬ**

### ចំណូលគ្រួសារអតិបរមា

**មានសុពលភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2024 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2025**

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

**សម្រាប់សមាជិកបន្ថែមនីមួយៗ បូកថែម $10,760**

**ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារបច្ចុប្បន្នពីប្រភពទាំងអស់មុននឹងកាត់ចេញ ។*

## លក្ខខណ្ឌចូលរួម៖

**1)** អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងតារាងខាងលើ ។ **2)** វិក្កយបត្រហ្គាសធម្មជាតិត្រូវតែមានឈ្មោះរបស់អ្នក ហើយអាសយដ្ឋានត្រូវតែជាអាសយដ្ឋានចម្បងរបស់អ្នក ។ **3)** អ្នកមិនត្រូវអះអាងថា ជាអ្នកពឹងផ្អែកលើលិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀតក្រៅពីប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកឡើយ ។ **4)** អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ឡើងវិញនូវពាក្យសុំរបស់អ្នក នៅពេលត្រូវបានស្នើសុំ ។ **5)** អ្នកត្រូវជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុន SoCalGas ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានសិទ្ធិ ។ **6)** អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឲ្យផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិចូលរួមរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី CARE ។

## កម្មវិធី និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីស្នើសុំ៖

### ជំនួយលើគេហដ្ឋានរបស់អ្នក

ការកែលម្អផ្ទះដើម្បីសន្សំសំចៃថាមពលពីអ្នកមៅការក្នុងតំបន់ដែលមានការអនុញ្ញាតដោយឥតគិតថ្លៃ

Energy Savings Assistance Program

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

### ជំនួយលើតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ

កម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋានវេជ្ជសាស្ត្រផ្តល់ជូនហ្គាសធម្មជាតិបន្ថែមនៅអ៊ែត្រាទាបបំផុតសម្រាប់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាព ។

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

### ជំនួយលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នក

**ជំនួយថាមពលសម្រាប់គ្រួសារដែលមានចំណូលទាប**

ជំនួយទូទាត់វិក្កយបត្រទឹកស្អើង និងសេវាទប់ទល់នឹងអាកាសធាតុ។

**1-866-675-6623**

**គម្រោងគ្រប់គ្រងចំណូលនៅជំពាក់**

ការលើកលែងចំពោះវិក្កយបត្រជុតកាលកំណត់ទូទាត់ដល់អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200

### ជំនួយលើការហៅទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

**California Lifeline**

បញ្ចុះតម្លៃសេវាហៅទូរស័ព្ទសម្រាប់អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។

**californialifeline.com**

English៖ 1-800-427-2200
廣東話 ៖ 1-800-427-1420
ទូរសារ៖ (213) 244-4665
한국어៖ 1-800-427-0471
Español៖ 1-800-342-4545
អ្នកខ្សោយការស្តាប់ (TDD/TTY) ៖ 1-800-252-0259 (មានតែភាសាអង់គ្លេស និងអេស្ប៉ាញប៉ុណ្ណោះ)
中文៖ 1-800-427-1429
Việt៖ 1-800-427-0478

SoCalGas

socalgas.com | 1 (800) 427-2200

# បញ្ចុះតម្លៃ 20% ការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី CARE

**សូមប្រើតែទឹកថ្នាំពណ៌ខ្មៅ ឬខៀវចាស់ប៉ុណ្ណោះ**

សូមបំពេញ និងផ្ញើពាក្យសុំនេះមកវិញតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬដាក់ពាក្យតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ **socalgas.com/CARE**។

**ផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖** SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 ឬ **ផ្ញើទូរសារទៅលេខ៖** (213) 244-4665

លេខគណនី

សូមផ្តល់លេខគណនីរបស់អ្នកដប់ខ្ទង់ដំបូង ។

ឈ្មោះអតិថិជន (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូលឲ្យដូចដែលមាននៅលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នក)

អាសយដ្ឋាន

ផ្ទះល្វែង/កន្លែងរស់នៅ #

ទីក្រុង

ទូរស័ព្ទចម្បង - -

**1** ចំនួនមនុស្សសរុបក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (រួមបញ្ចូលទាំង ខ្លួនអ្នក មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត និងកុមារ)៖

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ ប្រសិនបើច្រើនជាង 6 នាក់៖

**2** តើអ្នក (ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) បានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីជំនួយណាមួយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ?

☐ **បាទ/ចាស** (ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមគូសក្នុងរង្វង់ ●)

- ☐ Medi-Cal/Medicaid៖ អាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ
- ☐ Medi-Cal/Medicaid៖ អាយុ 65 ឆ្នាំ ឬលើស
- ☐ Medi-Cal សម្រាប់គ្រួសារ A&B
- ☐ កម្មវិធីស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)
- ☐ CalWORKs (TANF) ឬ កុលសម្ព័ន្ធ TANF
- ☐ អ្នកដែលមានសិទ្ធិចាប់ផ្តើមរកចំណូល (សម្រាប់តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ)
- ☐ ការិយាល័យជំនួយផ្នែកកិច្ចការទូទៅឥណ្ឌា
- ☐ CalFresh (តែមអាហារ)
- ☐ កម្មវិធីអាហារថ្ងៃត្រង់សាលាថ្នាក់ជាតិ (NSLP)
- ☐ កម្មវិធីជំនួយថាមពលសម្រាប់គ្រួសារដែលមានចំណូលទាប (LIHEAP)
- ☐ ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម

☐ **ទេ** (ប្រសិនបើទេ តើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំ មុនកាត់កងរបស់អ្នក រួមទាំងសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារមានចំនួនប៉ុន្មាន?)

- ☐ $0 - $40,880
- ☐ $40,881 - $51,640
- ☐ $51,641 - $62,400
- ☐ $62,401 - $73,160
- ☐ $73,161 - $83,920
- ☐ ប្រសិនបើលើសពី $83,920 សូមបញ្ចូលចំនួនប្រាក់ដុល្លារនៅទីនេះ

$ , .00 ក្នុងមួយឆ្នាំ។

សូមគូសយកប្រភពចំណូលរបស់អ្នក

- ☐ សន្តិសុខសង្គម
- ☐ SSP ឬ SSDI
- ☐ ប្រាក់សោធននិវត្តន៍
- ☐ ការប្រាក់ ឬភាគលាភដែលបានមកពីការសន្សំ ភាគហ៊ុន មូលបត្រ គណនីចូលនិវត្តន៍
- ☐ ប្រាក់ឈ្នួល និង/ឬ ប្រាក់ខែ
- ☐ អត្ថប្រយោជន៍និកម្មភាព
- ☐ ការធានារ៉ាប់រង ឬការដោះស្រាយតាមផ្លូវច្បាប់
- ☐ ពិការភាព ឬការទូទាត់ប្រាក់សំណងរបស់កម្មករនិយោជិត
- ☐ ការជួយទ្រទ្រង់ដល់ស្វាមីភរិយា ឬកូន
- ☐ អាហារូបករណ៍ ជំនួយឥតសំណង ឬជំនួយផ្សេងៗទៀតដែលបានចំណាយសម្រាប់ការរស់នៅ
- ☐ ចំណូលពីការជួល ឬប្រាក់កម្រៃលើសិទ្ធិ
- ☐ សាច់ប្រាក់សុទ្ធ ចំណូលផ្សេងទៀត ឬប្រាក់ចំណេញពីការងារផ្ទាល់ខ្លួន

**3** **សេចក្តីប្រកាស** សូមអាននិងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់តសុតាងនៃលក្ខណៈសម្បត្តិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី CARE ប្រសិនបើគេស្នើសុំ ។ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុន SoCalGas ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើខ្ញុំលែងមានសិទ្ធិទទួលការបញ្ចុះតម្លៃ ។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃដោយមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីនេះ ខ្ញុំត្រូវបង់ថ្លៃបញ្ចុះតម្លៃដែលខ្ញុំបានទទួល ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុន SoCalGas ចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនីផ្សេងទៀត បណ្តាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងអង្គភាពទាំងឡាយដែលកំណត់ដោយ CPUC ដើម្បីឲ្យនៅតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយគ្រប់គ្រងថាមពលដែលមាន និងការកាត់បន្ថយថ្លៃ ព្រមទាំងកម្មវិធីអត្រាថ្លៃសម្រាប់លំនៅដ្ឋាន។

ហត្ថលេខា៖ X កាលបរិច្ឆេទ៖ / /

© ក្រុមហ៊ុនហ្គាសរដ្ឋ California ភាគខាងត្បូង ឆ្នាំ 2024 ។ ពាណិជ្ជសញ្ញា គឺជាទ្រព្យរបស់ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ ។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង ។

កម្មវិធីទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិដោយអតិថិជនប្រើប្រាស់នៃរដ្ឋ California និងគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុនហ្គាសរដ្ឋ California ភាគខាងត្បូង ក្រោមការឧបត្ថម្ភពី California Public Utilities Commission។ មូលនិធិកម្មវិធីនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឈរលើមូលដ្ឋាន មកដល់មុន បម្រើជូនមុន រហូតដល់មូលនិធិបែបនេះលែងមានទៀត ។ កម្មវិធីទាំងនេះអាចត្រូវបានកែប្រែ ឬត្រូវបានបញ្ចប់ដោយគ្មានការជូនដំណឹងជាមុន។

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