

# ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СКИДКИ 20%

# ПО ПРОГРАММЕ CARE

Программа California Alternate Rates for Energy (CARE) предоставляет правомочным заказчикам SoCalGas® 20-процентную скидку при оплате ежемесячного счета за природный газ. Скидка будет распространяться на ежемесячные счета, выставленные после даты утверждения заявления компанией SoCalGas.

## Пожалуйста, направьте заполненное заявление одним из указанных ниже способов:

- 1) Посетите веб-сайт [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) или [socalgas.com/CARE](http://socalgas.com/CARE). Ваш запрос будет обработан немедленно.
- 2) Позвоните по тел. 1-866-716-3452 в любое время, 24 часа в сутки. Вы должны иметь под рукой номер своего счета.
- 3) Отправьте заполненный и подписанный бланк заявления по почте или по номеру факса (213) 244-4665.

## Существует ДВА способа получения льгот:

### Программы государственной помощи

Если вы или другой член вашей семьи получает пособия по любой из следующих программ:

Medi-Cal/Medicaid  
Medi-Cal for Families A&B  
Women, Infants & Children (WIC)  
CalWORKs (TANF)<sup>1</sup> / Tribal TANF  
Head Start Income Eligible — tribal only  
Bureau of Indian Affairs General Assistance  
CalFresh (food stamps)  
National School Lunch Program (NSLP)  
Low Income Home Energy Assistance Program  
Supplemental Security Income

<sup>1</sup>Включает Welfare-To-Work

←или→

### Максимальный доход семьи

действует с 1 июня 2024 г. по 31 мая 2025 г.



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



Суммарный  
годовой  
доход\*

Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$10,760

\*Включает текущий доход семьи из всех источников без учета вычетов.

## Условия участия:

- 1) Вы должны отвечать установленным требованиям, перечисленным в приведенной выше таблице.
- 2) Счет за природный газ должен быть выставлен на ваше имя, а в качестве адреса должен быть указан ваш основной адрес.
- 3) Вы не должны быть зарегистрированы в качестве иждивенца в налоговой декларации любого другого лица помимо вашего(ей) супруга(и).
- 4) Вы обязаны повторно подтвердить свое заявление по требованию.
- 5) Вы обязаны уведомить SoCalGas в течение 30 дней, если более не отвечаете установленным требованиям.
- 6) Вам может быть предложено подтвердить свое право участия в программе CARE.

## Другие программы и службы, требованиям которых вы можете отвечать:



### Помощь для вашего дома

Бесплатное улучшение оборудования дома в целях экономии энергии, выполняемое местными уполномоченными подрядчиками.

Energy Savings  
Assistance Program

[socalgas.com/Improvements](http://socalgas.com/Improvements)  
1-800-331-7593

### Помощь с медицинским обслуживанием



Программа базовой медицинской помощи предоставляет дополнительные количества природного газа по самому низкому базовому тарифу для лиц с отвечающими требованиям программы медицинскими состояниями.

[socalgas.com/Medical](http://socalgas.com/Medical) 1-866-431-3517

### Помощь с вашими счетами

Помощь с энергией для дома лицам с низкими доходами

Помощь при оплате счетов и услуги по утеплению.  
1-866-675-6623

### План управления просроченными платежами

Обеспечивает отказ от взыскания платежей по просроченным счетам для отвечающих требованиям заказчиков

[socalgas.com/Forgiveness](http://socalgas.com/Forgiveness) 1-800-427-2200

### Помощь с вашим телефоном



### California Lifeline

Услуги телефонной связи со скидкой для правомочных заказчиков.  
[californialifeline.com](http://californialifeline.com)

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

ФАКС: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

Для лиц с нарушениями слуха (TDD/TTY): 1-800-252-0259  
(только на английском и испанском языках)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



[socalgas.com](http://socalgas.com)

1 (800) 427-2200

# ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СКИДКИ 20% ПО ПРОГРАММЕ CARE

**Пожалуйста, заполняйте только темно-синими или черными чернилами**

Пожалуйста, заполните бланк заявления и отправьте его по почте или факсом, или подайте заявление онлайн на веб-сайте [socialgas.com/CARE](http://socialgas.com/CARE).

**Почтовый адрес:** SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 или отправьте факсом на номер: (213) 244-4665

НОМЕР СЧЕТА

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ ПЕРВЫЕ 10 ЦИФР НОМЕРА ВАШЕГО СЧЕТА.

ИМЯ ЗАКАЗЧИКА (ИМЯ И ФАМИЛИЯ, ТАК, КАК УКАЗАНО В ВАШЕМ СЧЕТЕ)

АДРЕС

КВ./ПОМЕЩЕНИЕ №

ГОРОД

ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН

1

Общее число членов вашей семьи (включая вас, других взрослых и детей):

1  2  3  4  5  6  Если более 6:

2

Являетесь ли вы (или кто-либо из членов вашей семьи) участниками любой из следующих программ помощи?

**ДА** (Если да, отметьте соответствующий(е) кружок(ки) ●)

- Medi-Cal/Medicaid: возраст до 65 лет
- Medi-Cal/Medicaid: 65 лет и старше
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) или Tribal TANF
- Head Start Income Eligible - Tribal Only
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- CalFresh (food stamps)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income

**НЕТ** (Если нет, чему равняется годовой доход семьи без вычетов, включая всех членов семьи?)

\$0 - \$40,880  
 \$40,881 - \$51,640  
 \$51,641 - \$62,400  
 \$62,401 - \$73,160  
 \$73,161 - \$83,920  
 Если более \$83,920, укажите величину в долларах здесь  
\$  ,  .00 в год.

Пожалуйста, укажите источники дохода

- Социальное обеспечение
- SSP или SSDI
- Пенсии
- Проценты или дивиденды со сбережений, акций, облигаций или пенсионных счетов
- Заработная плата и/или жалование
- Пособия по безработице
- Страховые выплаты или выплаты по решению суда
- Выплаты по инвалидности или компенсации рабочим
- Поддержка со стороны супруга(и) или детей
- Стипендии, гранты и другая помощь, используемые для оплаты расходов на проживание
- Доход от аренды или роялти
- Наличные, другие доходы или прибыль от индивидуального предпринимательства

3

**Подтверждение.** Пожалуйста прочитайте и подпишите ниже.

Я заявляю, что предоставленная мной в этом заявлении информация является правильной и точной. Я обязуюсь предоставить свидетельства выполнения требований программы CARE по запросу. Я обязуюсь уведомить компанию SoCalGas в течение 30 дней в случае утраты мной права на получение скидки. Я понимаю, что в случае неправомерного получения скидки я буду обязан вернуть полученную мной скидку. Я понимаю, что компания SoCalGas может передавать мою информацию другим коммунальным компаниям, государственным ведомствам и юридическим лицам, назначенным CPUC, для сохранения моего права на участие в доступных программах помощи в области энергетического менеджмента, а также снижения цен и жилищных тарифов.

ПОДПИСЬ: X

ДАТА:  /  /

© 2024 Southern California Gas Company. Товарные знаки являются собственностью их соответствующих владельцев. Все права сохранены.

Данные программы финансируются за счет потребителей коммунальных услуг штата Калифорнии и проводятся компанией Southern California Gas Company при содействии комиссии California Public Utilities Commission. Средства программы выделяются на условиях обслуживания в порядке поступления заявок и до тех пор, пока такие средства не будут исчерпаны. Эти программы могут быть изменены или прекращены без предварительного уведомления.

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