

Chương Trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế của California (CARE) cho phép những khách hàng đủ điều kiện của SoCalGas® được giảm giá 20% trên hóa đơn hàng tháng của họ. Khoản chiết khấu này được áp dụng trên các hóa đơn gas hàng tháng sau ngày đơn xin này được SoCalGas chấp thuận.

Vui lòng nộp đơn đã điền đầy đủ sử dụng một trong các cách thức **dưới đây**:

- 1) Truy cập **myaccount.socalgas.com** hoặc **socalgas.com/CARE**. Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý ngay tức thì.
- 2) Gọi vào số 1-866-716-3452 bất kỳ lúc nào, 24 giờ một ngày. Vui lòng chuẩn bị sẵn số tài khoản của quý vị.
- 3) Gửi đơn đã điền đầy đủ và ký tên qua thư bưu điện hoặc gửi fax đến số (213) 244-4665.



CÓ HAI CÁCH XÉT ĐỦ ĐIỀU KIỆN

CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP XÃ HỘI

Nếu quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận phúc lợi từ bất kỳ các chương trình sau:

- Medi-Cal / Medicaid
- Medi-Cal cho Gia đình A & B
- Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)
- CalWORKs (TANF)¹ hoặc TANF Bộ Lạc
- Hội đủ điều kiện về thu nhập diện Head Start
- Hỗ Trợ Chung của Văn Phòng Sự Vụ Dân Bản Địa
- CalFresh (tem thực phẩm)
- Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (NSLP)
- Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp (LIHEAP)
- Trợ Cấp Lợi Tức An Sinh

¹Bao gồm Welfare-To-Work

HAY

LỢI TỨC TỐI ĐA CỦA GIA ĐÌNH:

(có hiệu lực từ ngày 1 Tháng Sáu, 2024 đến ngày 31 Tháng Năm, 2025)

 Số Người trong Gia Đình	1-2	\$40,880	 Tổng Lợi Tức Hàng Năm*
	3	\$51,640	
	4	\$62,400	
	5	\$73,160	
	6	\$83,920	
	7	\$94,680	
	8	\$105,440	

Đối với mỗi thành viên hộ gia đình bổ sung, thêm vào \$10,760

**Bao gồm thu nhập hộ gia đình hiện tại từ tất cả các nguồn trước khi khấu trừ.*

ĐIỀU KIỆN THAM GIA:

- 1)** Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện trong bảng ở trang 2.
- 2)** Hóa đơn gas phải có tên quý vị và địa chỉ phải là địa chỉ cư ngụ chính của quý vị.
- 3)** Quý vị không được tuyên bố là người phụ thuộc trên bản khai thuế của người khác ngoài vợ/chồng của mình.
- 4)** Quý vị phải tái xác nhận lại đơn xin của mình khi được yêu cầu.
- 5)** Quý vị phải thông báo cho SoCalGas trong vòng 30 ngày nếu mình không còn hội đủ điều kiện.
- 6)** Quý vị có thể được yêu cầu xác minh hội đủ điều kiện chương trình CARE.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN:



Trợ giúp cho nhà của quý vị

Cải thiện nhà tiết kiệm năng lượng miễn phí từ các nhà thầu địa phương được ủy quyền

Energy Savings

Assistance Program

socalgas.com/Improvements

1-800-331-7593



Hỗ trợ các nhu cầu về y tế

Cấp thêm gas tự nhiên ở mức giá căn bản thấp nhất cho những người có bệnh trạng hội đủ điều kiện.

Medical Baseline

socalgas.com/Medical

1-866-431-3517



Trợ giúp điện thoại

Dịch vụ điện thoại giảm giá cho khách hàng đủ điều kiện

California Lifeline

Tìm hiểu thêm tại

californialifeline.com



Giúp trả hóa đơn

Hỗ trợ trả hóa đơn tiện ích và dịch vụ thích nghi thời tiết

Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Lợi Tức Thấp

1-866-675-6623

Xóa nợ cho các hóa đơn quá hạn của khách hàng cư dân hội đủ điều kiện chương trình CARE

Chương Trình Quản Lý Nợ Hóa Đơn Quá Hạn

socalgas.com/Forgiveness

1-800-427-2200

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ HỖ TRỢ KHÁCH HÀNG:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Số Điện Thoại cho Khách Hàng Khiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (hiến chỗ có tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Tiếng Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2024 Southern California Gas Company. Các thông tin là tài sản của các chủ nhân tổng ống. Dành mỗi bốn quyền. Các chương trình này được tài trợ bởi khách hàng dịch vụ tiện ích của California và được quản lý bởi Southern California Gas Company đối với số tiền của Ủy Ban Tiện Ích Công Cộng California. Các chủ của chương trình số được cung cấp theo tổ chức khách hàng nào đến trước cho đến khi hết ngân quỹ. Các chương trình này có thể được sửa đổi hoặc chấm dứt mà không cần thông báo trước.

SOURCE CODE: 9Q VI LF

14237C-2024

GIẢM GIÁ 20%

ĐƠN XIN CARE

VUI LÒNG CHỈ SỬ DỤNG MỰC XANH ĐẬM HOẶC MỰC ĐEN

Vui lòng điền đầy đủ và gửi lại đơn này qua thư bưu điện, fax hoặc ghi danh qua mạng tại socalgas.com/CARE.

Gửi thư đến: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249,
Los Angeles, CA 90051-1249 hoặc Fax đến số: (213) 244-4665

SỐ TÀI KHOẢN

(Vui lòng cung cấp 10 số đầu tiên của số tài khoản của quý vố)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TÊN KHÁCH HÀNG (VÀ HỒ GIỐNG NHỚ HIỂN THỂ TRÊN HÓA
ĐƠN THANH TOÁN CỦA QUÝ VỐ)

ĐỐA CHỖ

SỐ CĂN HỒ/CHỖ

THÀNH PHỐ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1

Tổng số người trong gia đình của quý vị (bao gồm chính quý vị, người lớn và trẻ em khác):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

☐ Nếu hơn 6 người:

2

Quý vị (hoặc ai đó trong gia đình) đã nhận được bất kỳ chương trình hỗ trợ nào sau đây?

- ☐ **CÓ** (Nếu có, vui lòng tô (các) vòng tròn ●)
- ☐ Medi-Cal/Medicaid: Dối 65 tuổi
- ☐ Medi-Cal/Medicaid: Tổ 65 tuổi trở lên
- ☐ Medi-Cal cho Gia đình A & B
- ☐ Phúc l ợi Ph ố n ữ, Tr ố s ố sinh & Tr ố em (WIC)
- ☐ CalWORKs (TANF) ho ặc TANF B ố L ố c
- ☐ H ội Đ ỗ Đ iều Ki ến v ớ L ối T ố c Head Start — Ch ỗ dành cho B ố L ố c
- ☐ H ỗ Tr ố Chung c ủa Văn Phòng S ố V ố Dân B ốn Đ ỗ
- ☐ CalFresh (Tem Th ố c Ph ố m)
- ☐ Ch ố ố ng Tr ình B ố a Tr ố a H ố c Đ ố ố ng Qu ố c Gia (NSLP)
- ☐ Ch ố ố ng Tr ình H ỗ Tr ố N ăng L ố ố ng cho Gia Đ ình có L ối T ố c Th ố p (LIHEAP)
- ☐ Tr ố C ố p L ối T ố c An Sinh

☐ **KHÔNG** (Nếu không, l ợi t ứ c hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu tr ướ c kh ấu tr ừ, bao g ồm t ấ t cả m ọi người trong gia đình?)

- ☐ \$0 - \$40,880
- ☐ \$40,881 - \$51,640
- ☐ \$51,641 - \$62,400
- ☐ \$62,401 - \$73,160
- ☐ \$73,161 - \$83,920
- ☐ N ếu n hi ều h ớ n \$83,920, đ iền s ố t iền l ối t ố c ố đ ây

\$, .00 m ổi năm.

2

(tiếp theo)

Vui lòng cho biết các nguồn lỗi tặc của quý vể:

- ☐ An Sinh Xã Hội
- ☐ SSP hoặc SSDI
- ☐ Tiốn hấu trí
- ☐ Tiốn lăi hoặc cố tốc tổ khoấn tiốt kiốm, cố phiếu, trái phiếu hoặc tài khoấn hấu trí
- ☐ Tiốn công và/hoặc tiốn lống
- ☐ Trố cốp thốt nghiốp
- ☐ Tiốn giới quyốtt bỗ hiốmm hoặc pháp lý
- ☐ Tiốn bỗi thốống khuyốtt tồtt hoặc bỗi hiốmm lao đống
- ☐ Trố cốp nuôi con hoặc cho vố/chống
- ☐ Hốcc bống, trố cốp, hoặc viốnn trố khác đốốcc sỗ đống cho chi phí sinh hoốtt
- ☐ Lốtt tồcc cho thuê hoặc tiốn bỗn quyốnn
- ☐ Tiốn mốtt, lốtt tồcc khác hoặc lốtt nhuốnn tổ công viốcc tổ do

3**Tuyên bẻ, vui lòng đẻc và ký tên bên đẻểi.**

Tôi tuyên bẻ rống thông tin tôi đả cung cốp trong đốnn này là đứng và chính xác. Tôi đống ý cung cốp bống chống vố viốcc đố đốđiố kiốnn CARE nốu đốốcc yẻu cốu. Tôi đống ý thông báo cho SoCalGas trong vống 30 ngày nốu tôi không còn đố đốđiố kiốnn đố nhốnn đốốcc giốmm giá. Tôi hiốu rống nốu tôi nhốnn đốốcc giốmm giá mà không đố đốđiố kiốnn đốốcc hốống, tôi bốt buốcc phốtt trố lốtt khoổnn giốmm giá mà tôi đả nhốnn đốốcc. Tôi cho phép SoCalGas chia sỗ thông tin cồa tôi đố tôi tiốtt tồcc đố tiẻu chuốnn đốốcc hốống các chốống trồtt trố cốp quốnn lý năng lốống, và giốmm giá và biốu giá cho cố dân có sỗnn vốtt các công ty tiốn ích khác, các cố quan tiốu bang và các cố quan đốốcc CPUC chố đốnnh.

CHỐ KÝ:



NGÀY:

 / /

TRANG 7 / 7

Source Code: 9Q

Form 6491 VI LF Meter: Residential