



A  Sempra Energy utility®

GIẢM GIÁ 20%
ĐƠN XIN CARE

Chương Trình Giảm Tiền Trong Hóa Đơn Năng Lượng của California (CARE) cho phép những khách hàng đủ điều kiện của SoCalGas® khoản giảm giá 20 phần trăm hóa đơn gas 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 bản đơn đã hoàn tất sử dụng một trong các cách thức dưới đây:

- 1)** Truy cập trang mạng **myaccount.socalgas.com** hoặc **socalgas.com/care**. Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý ngay tức thì. (Đối với các khách hàng có số tài khoản hóa đơn thanh toán với SoCalGas)
- 2)** Gọi vào số 866-716-3452 bất kỳ lúc nào, 24 giờ một ngày. Vui lòng chuẩn bị sẵn số tài khoản của quý vị.
- 3)** Gửi bản mẫu đơn đã hoàn tất 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 dành cho Gia đình A & B

Phúc lợi Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ / Tribal TANF

Head Start Thu nhập Đủ điều kiện — Dành cho Bộ lạc

Hỗ trợ Chung từ Cục Đặc trách Dân bản thổ (BIA)

CalFresh (Tem Thực Phẩm)

Chương trình Quốc gia Ăn trưa tại Trường (NSLP)

Chương trình Hỗ trợ Năng lượng tại Nhà Thu nhập thấp (LIHEAP)

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI)

HAY

¹Bao gồm Welfare-to-Work

THU NHẬP TỐI ĐA CỦA HỘ GIA ĐÌNH

(có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2019 đến 31 tháng 5 năm 2020)

Số Thành viên trong Hộ gia đình

Tổng Thu nhập Hàng năm*

1-2

\$33,820

3

\$42,660

4

\$51,500

5

\$60,340

6

\$69,180

7

\$78,020

8

\$86,860

Đối với mỗi thành viên hộ gia đình bổ sung, thêm vào \$8,840

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

ĐIỀU KIỆN THÀM GIA:

- 1)** Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện trong bảng trên.
- 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 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

Nhận được các cải thiện nhà
tiết kiệm năng lượng miễn phí
giúp quý vị tiết kiệm tiền và
cảm thấy thoải mái hơn

Energy Savings
Assistance Program™

socialgas.com/improvements
1-800-331-7593



TRỢ GIÚP Y TẾ

Nhận thêm gas ở mức cơ
bản thấp nhất nếu quý vị
gặp tình trạng sức khỏe
nghiêm trọng

TRỢ CẤP Y TẾ CƠ SỞ

socialgas.com/medical
1-866-431-3517



TRỢ GIÚP THANH TOÁN HÓA ĐƠN

Hỗ trợ thanh toán hóa đơn,
hỗ trợ thanh toán hóa đơn
khẩn cấp và dịch vụ hao mòn
do thời tiết

TRỢ GIÚP NĂNG LƯỢNG TẠI NHÀ THU NHẬP THẤP

1-866-675-6623



TRỢ GIÚP ĐIỆN THOẠI

Điện thoại giảm giá cho
khách hàng đủ điều kiện

CALIFORNIA LIFELINE

Để biết thêm thông tin, liên hệ
với nhà cung cấp dịch vụ điện
thoại của quý vị

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ TRỢ GIÚP KHÁCH HÀNG:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

FAX: 213-244-4665

Khiếm thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259

(hiện chỉ có tiếng Anh và Tây Ban Nha)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 2019 Southern California Gas Company. Các nhãn hiệu thuộc sở hữu của chủ sở hữu tương ứng của họ. Đã đăng ký Bản quyền.

Chương trình CARE được tài trợ bởi các khách hàng tiện ích ở California và được quản lý bởi Công ty Gas Southern California Gas dưới sự bảo trợ của Ủy ban Tiện ích Công cộng của Tiểu bang California. Kinh phí của chương trình sẽ được phân bổ trên cơ sở cá nhân đến trước cho đến khi nguồn quỹ đó không còn nữa. Chương trình này có thể được sửa đổi hoặc chấm dứt mà không cần thông báo trước.

SOURCE CODE: 9Q LARGE FONT N19E0032A

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: Dưới 65 tuổi
- Medi-Cal/Medicaid: Từ 65 tuổi trở lên
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) hoặc 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)
- Thu nhập An sinh Bổ sung

- KHÔNG** (Nếu không, thu nhập hộ gia đình hàng năm của quý vị là bao nhiêu trước khấu trừ, bao gồm tất cả các thành viên trong gia đình?)
- \$0 – \$33,820
- \$33,821 – \$42,660
- \$42,661 – \$51,500
- \$51,501 – \$60,340
- \$60,341 – \$69,180
- Nếu nhiều hơn \$69,180, điền số tiền thu nhập ở đây
\$, .00 mỗi năm.

2

(tiếp theo)

Vui lòng cho biết các nguồn thu nhập của quý vị

- Social Security
- SSP hoặc SSDI
- Tiền hưu trí
- Tiền lãi hoặc cổ tức từ khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí
- Tiền công và/hoặc tiền lương
- Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền giải quyết bảo hiểm hoặc pháp lý
- Tiền bồi thường khuyết tật hoặc bảo hiểm lao động
- Trợ cấp nuôi con hoặc cho vợ/chồng
- Học bổng, trợ cấp, hoặc viện trợ khác được sử dụng cho chi phí sinh hoạt
- Thu nhập cho thuê hoặc tiền bản quyền
- Tiền mặt, thu nhập khác hoặc lợi nhuận từ công việc tự do

3**Tuyên bố Vui lòng đọc và ký tên bên dưới.**

Tôi tuyên bố rằng thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cung cấp bằng chứng về việc đủ điều kiện CARE nếu được yêu cầu. Tôi đồng ý thông báo cho Công ty Gas Southern California Gas Company (SoCalGas®) trong vòng 30 ngày nếu tôi không còn đủ điều kiện để nhận được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được giảm giá mà không đủ điều kiện cho phúc lợi này, tôi bắt buộc phải trả lại khoản chiết khấu tôi nhận được. Tôi hiểu rằng SoCalGas có thể chia sẻ thông tin của tôi với các nhà cung cấp tiện ích hoặc đại lý khác để ghi danh cho tôi vào các chương trình hỗ trợ của họ.

KÝ TÊN: **X** NGÀY: / /