

20% 할인

CARE 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램*은 자격을 갖춘 SoCalGas 고객에게 월간 천연 가스 요금을 20% 할인된 가격으로 제공합니다. 할인은 SoCalGas가 신청을 승인한 다음 날 이후의 월간 천연 가스 고지서에 적용됩니다.

아래에 나열된 방법 중 하나를 사용하여 작성한 신청서를 제출하십시오.

- 1) myaccount.socalgas.com 또는 socalgas.com/CARE을 방문하십시오. 신청은 즉시 처리될 것입니다.
- 2) 하루 24시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계정 번호를 준비하십시오.
- 3) 작성 및 서명한 신청서를 우송하거나 213-244-4665로 팩스 전송하십시오.

자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다:

공적 부조 프로그램

귀하 또는 귀하 가구에 있는 다른 사람이 다음과 같은 프로그램에 참여하고 있는 경우:

메디칼/메디케이드
가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
여성, 유아 및 어린이 프로그램 (WIC)
CalWORKs (TANF)¹ 또는 Tribal TANF
헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격- 인디언 부족만 해당
인디언 사무국 일반 지원
칼프레쉬(푸드 스탬프)
전국 학교 급식 프로그램(NSLP)
저소득 가정 에너지 보조 프로그램
보조적 보장 소득(SSI)

¹근로 연계 복지 포함

←또는→

최대 가구 소득

2025년 6월 1일부터 2026년 5월 31일까지 유효



가구 인원 수

1-2	\$42,300
3	\$53,300
4	\$64,300
5	\$75,300
6	\$86,300
7	\$97,300
8	\$108,300



총 연간
소득*

추가 인원당 +\$11,000

*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.

참여 조건:

1) 위 표 중 하나에 나와 있는 자격 요건을 충족해야 합니다. 2) 천연 가스 요금 고지서는 고객님의 이름으로 되어 있어야 하고 주소는 고객님의 기본 주소이어야 합니다. 3) 배우자가 아닌 다른 사람의 세금 보고서에 부양 가족으로 신고되면 안 됩니다. 4) 요청 시 고객님의 신청서를 다시 증명해야 합니다. 5) 더 이상 자격이 없으면 30일 이내에 SoCalGas에 통보해야 합니다. 6) CARE 자격을 증명하라는 요청을 받을 수 있습니다.

고객님께서 자격이 될 수 있는 다른 프로그램* 및 서비스:



고객님 가정을 위한 도움

공인된 현지 계약업체가 무료로 제공하는 에너지 절약형 주택 개선.

Energy Savings
Assistance Program

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

의학적인 필요에 대한 도움



의료 기준 수당 프로그램은 적격 의료 질환을 가진 분들에게 최저 기준 요금으로 천연가스를 추가로 제공합니다.

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

고지서 요금에 대한 도움

저소득 가정 에너지 지원
유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스.
1-866-675-6623

연체료 관리 계획
저격 고객에 대한 연체된 고지서 요금 면제.
socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200

전화 요금에 대한 도움



캘리포니아 라이프라인
적격 고객을 위한 전화 요금
할인 서비스.
californialifeline.com

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

팩스: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

청각 장애용 (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어 및 스페인어로만 제공됨)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



socalgas.com

1 (800) 427-2200

Glad to be of service®

20% 할인 CARE 신청서

진한 파란색 또는 검정색 잉크만 사용하십시오.

이 신청서를 작성하여 우편 및 팩스로 보내거나, socalgas.com/CARE에서 온라인으로 신청하세요.

다음 주소로 우송하십시오: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 또는 다음 번호로 팩스를 보내십시오: (213) 244-4665

계정 번호

귀하의 계정 번호 처음 +10자리를 제공하십시오.

고객 이름 (요금 고지서에 나와 있는 이름 및 성)

주소

아파트/공간 #:

시

기본 전화

1 고객님의 가구 구성원 총수(고객님, 다른 성인 및 아이들을 포함하십시오):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 6명 이상인 경우:

2 고객님의(또는 고객님의 가구에 있는 다른 사람)은 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까?

- ☐ 예 (예의 경우, 동그라미를 겹쳐 칠해 넣으십시오 ●)
- ☐ 메디칼/메디케이드: 65세 미만
 - ☐ 메디칼/메디케이드: 65세 이상
 - ☐ 가족을 위한 메디칼 유형 A 및 B
 - ☐ 여성, 유아 및 어린이 프로그램(WIC)
 - ☐ CalWORKs (TANF) 또는 부족 TANF
 - ☐ 헤드 스타트(Head Start) 소득 수혜 자격-인디언 부족만 해당
 - ☐ 인디언 사무국 일반 지원
 - ☐ 칼프레쉬(푸드 스탬프)
 - ☐ 전국 학교 급식 프로그램(NSLP)
 - ☐ 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LIHEAP)
 - ☐ 보조적 보장 소득(SSI)
- ☐ 아니오 (아니오의 경우, 모든 가구 구성원을 포함한 고객님의 가구의 공제 전 연간 가구 소득은 얼마입니까?)
- ☐ \$0-\$42,300
 - ☐ \$42,301-\$53,300
 - ☐ \$53,301-\$64,300
 - ☐ \$64,301-\$75,300
 - ☐ \$75,301-\$86,300
 - ☐ \$86,300 이상인 경우, 여기에 달러 금액을 기입하십시오
\$, .00 연간.

고객님의 수입원을 표시하십시오

- ☐ 사회보장연금
- ☐ SSP 또는 SSDI
- ☐ 연금
- ☐ 저축, 주식, 채권 또는 은퇴 계좌의 이자 또는 배당금
- ☐ 임금 및/또는 급여
- ☐ 실업 혜택
- ☐ 보험 또는 법적 합의금
- ☐ 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금
- ☐ 배우자 부양비 또는 자녀 양육비
- ☐ 장학금, 보조금 또는 기타 생활비로 사용된 보조금
- ☐ 임대 또는 저작권 사용료 소득
- ☐ 현금, 기타 소득 또는 자영업 이익

3 선언문, 아래 내용을 읽고 서명해 주십시오.

본인은 이 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 요청이 있는 경우 CARE 자격 증명을 제공할 것에 동의합니다. 본인은 더 이상 할인을 받을 자격이 없는 경우 30일 이내에 SoCalGas에 통보할 것에 동의합니다. 본인은 할인을 받을 자격이 되지 않는데도 할인을 받는 경우, 할인 받은 금액을 반환해야 할 수도 있다는 점을 이해합니다. 본인은 SoCalGas가 이용 가능한 에너지 관리 지원, 가격 인하 및 주거용 요금 프로그램에 대한 자격을 유지하기 위해 다른 유틸리티사, 주 기관 및 CPUC가 지정한 단체와 본인의 정보를 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

서명: X

날짜:

© 2025 Southern California Gas Company. 등록 상표는 해당 소유자의 재산입니다. 판권 소유.

* 본 프로그램은 캘리포니아 유틸리티 고객이 자금을 지원하고 캘리포니아 공공요금 위원회(CPUC)의 후원 하에 SoCalGas가 관리합니다. 프로그램 기금은 기금이 소진될 때까지 선착순으로 배정됩니다. 이러한 프로그램은 사전 통지 없이 변경되거나 종료될 수 있습니다. 자격 요건이 적용되며, 자세한 내용은 프로그램 약관을 참조하십시오. 제품 및/또는 서비스의 선택, 구매 및 소유는 전적으로 고객님의 책임입니다. SoCalGas는 상업성 또는 특정 목적을 위한 적합성에 대한 보증을 포함하여 명시적 또는 묵시적 여부에 상관없이 고객이 선택한 제품 또는 서비스에 대한 보증을 제공하지 않습니다. 본 프로그램에 참여하기로 선택한 고객은 제3자가 제공하는 추가 제품이나 서비스의 구매할 의무가 없습니다. SoCalGas는 제3자의 작업을 추천, 인증, 또는 보증하지 않습니다.