

20% 할인 CARE 신청서

캘리포니아 에너지 대체 요금(CARE) 프로그램*은 적격 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/CARE**를 방문하세요. 신청은 즉시 처리될 것입니다.
- 2) 하루 24시간 언제든지 1-866-716-3452로 전화하십시오. 계정 번호를 준비하십시오.
- 3) 작성하고 서명한 양식을 우편 또는 팩스 (213) 244-4665로 보내주십시오.



Glad to be of service®

자격을 얻는 방법에는 두 가지가 있습니다:

공적 부조 프로그램
고객님 또는 고객님의 가족 중 다른 사람이 다음 프로그램의 혜택을 받는 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 가계 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 가족 구성원당, \$11,000를 추가하십시오

*공제 전 모든 출처로부터의 현재 가구 소득을 포함시키십시오.

참여 조건:

- 1)** 2 페이지의 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

socialgas.com/Improvements

1-800-331-7593



**의학적
필요에
대한 도움**

프로그램에서는 적격 질병이
있는 사람들을 위해 가장 낮은
기준 요금으로 추가 천연 가스를
제공합니다

Medical Baseline

socialgas.com/Medical

1-866-431-3517



**전화 요금에
대한 도움**

적격 고객을 위한 전화 요금 할인
서비스

캘리포니아 라이프라인

californialifeline.com

에서 자세히 알아보십시오

유틸리티 요금 지원 및 내후성 서비스

저소득 가정 에너지 지원

1-866-675-6623



**고지서
요금에
대한 도움**

적격 주거용 CARE 고객에 대한
연체된 고지서 요금 면제

연체료 관리 계획

socialgas.com/Forgiveness

1-800-427-2200

고객 지원에 대한 추가 정보:

English: 1-800-427-2200

Español: 1-800-342-4545

팩스: 213-244-4665

청각 장애용 (TDD/TTY): 1-800-252-0259

(영어 및 스페인어로만 제공됨)

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1420

Việt: 1-800-427-0478

中文: 1-800-427-1429

© 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 고객의 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 서비스를 구매할 의무가 없습니다. SoCalGas는 제3자의 작업을 추천, 인증, 또는 보증하지 않습니다.

이 신청서를 작성하여 우편 또는 팩스로 보내거나 socalgas.com/CARE에서 온라인으로 신청하십시오.

(귀하의 계정 번호 처음 +10자리를 제공하십시오)

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

- 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6

○ 6명 이상인 경우:

2

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

- ☐ 예 (예의 경우, 동그라미를 검게 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.

2

(계속)

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

선언, 아래 내용을 읽고 서명하십시오.

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:

/ /