

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 или 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 получаете пособия по любой из следующих программ:

Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal for Families A&B
Women, Infants & Children (WIC)
CalWORKs (TANF)¹ / 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

¹Включает Welfare-To-Work

←ИЛИ→

Максимальный доход семьи

действует с 1 июня 2025 г. по 31 мая 2026 г.



Число
членов
семьи

1-2
3
4
5
6
7
8

\$42,300
\$53,300
\$64,300
\$75,300
\$86,300
\$97,300
\$108,300



Суммарный
годовой
доход*

Для каждого дополнительного члена семьи добавьте \$11,000

*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
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 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 1-800-427-2200

Помощь с вашим телефоном



California Lifeline

Услуги телефонной связи со скидкой для правомочных заказчиков.

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

1 (800) 427-2200

Glad to be of service®

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 socalgas.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?

- | | |
|---|--|
| <p>☐ ДА (Если да, отметьте соответствующий(е) кружок(ки) ●)</p> <ul style="list-style-type: none">☐ 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 | <p>☐ НЕТ (Если нет, чему равняется годовой доход семьи без вычетов, включая всех членов семьи?)</p> <ul style="list-style-type: none">☐ \$0-\$42,300☐ \$42,301-\$53,300☐ \$53,301-\$64,300☐ \$64,301-\$75,300☐ \$75,301-\$86,300☐ Если более \$86,300, укажите величину в долларах здесь
\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> .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 возвратить 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:

ДАТА: