

ใบสมัครส่วนลด 20% โปรแกรม CARE

โปรแกรม California Alternate Rates for Energy (CARE)* มอบส่วนลด 20% ในบิลค่าก๊าซธรรมชาติรายเดือนให้กับลูกค้า SoCalGas ที่มีสิทธิ์ ส่วนลดจะถูกนำไปใช้กับค่าบริการรายเดือนโดยเริ่มจากวันที่ใบสมัครได้รับการอนุมัติจาก SoCalGas

โปรดส่งใบสมัครที่กรอกแล้วโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้:

- 1) ไปที่ myaccount.socalgas.com หรือ socalgas.com/CARE คำขอของคุณจะได้รับการดำเนินการทันที
- 2) Call 1-866-716-3452 ได้ทุกเวลาลด 24 ชั่วโมง กรุณาเตรียมหมายเลขบัญชีของคุณให้พร้อม
- 3) ส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและลงนามแล้วมาทางไปรษณีย์หรือส่งโทรสารมาที่ (213) 244-4665

มีสองทางที่คุณสมบัติสมัครได้:

โครงการช่วยเหลือสาธารณะ

หากคุณหรือบุคคลอื่นในครัวเรือนของคุณได้รับประโยชน์จากโครงการใดโครงการหนึ่งดังต่อไปนี้:

Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal สำหรับครอบครัว A & B
สตรี ทารก และเด็ก (WIC)
CalWORKs (TANF)¹ / Tribal TANF
Head Start Income Eligible — เฉพาะชนเผ่าเท่านั้น
Bureau of Indian Affairs General Assistance
CalFresh (แสดงปณิกาย)
โครงการอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)
โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย
โครงการเงินช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงชีพ

¹รวมถึงสวัสดิการสำหรับการทำงาน

←หรือ→

รายได้ครัวเรือนขั้นสูงสุด

มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2025 ถึง 31 พฤษภาคม 2026

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

หากมีสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มเติม ให้เพิ่มอีกคนละ + \$11,000

*รวมรายได้ครัวเรือนในปัจจุบันจากทุกแหล่งที่มาของรายได้ก่อนการหักลดหย่อนภาษี

เงื่อนไขสำหรับการเข้าร่วม:

1) คุณต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดในตารางด้านล่างอย่างใดอย่างหนึ่ง 2) ใบเรียกเก็บค่าบริการก๊าซธรรมชาติจะต้องอยู่ในชื่อของคุณและที่อยู่จะต้องเป็นที่อยู่หลักของคุณ 3) คุณจะต้องไม่ถูกอ้างสิทธิ์ว่าเป็นผู้อุปการะของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของคุณภายใต้การแสดงรายการภาษีใดๆ 4) คุณจะต้องยื่นใบสมัครเพื่อรับรองอีกครั้งหากได้รับการขอร้อง 5) คุณจะต้องแจ้งให้ SoCalGas ทราบภายใน 30 วัน หากคุณขาดจากการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการ 6) คุณอาจถูกขอร้องให้แสดงหลักฐานยืนยันว่าคุณมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการ CARE

โปรแกรมและบริการอื่น ๆ* ที่คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับ:



โครงการการช่วยเหลือในเรื่องบ้าน

ปรับปรุงบ้านเพื่อประหยัดพลังงานจากผู้ให้บริการท้องถิ่นที่ได้รับอนุญาตโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

Energy Savings
Assistance Program

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

โครงการให้ความช่วยเหลือในเรื่องความต้องการทางการแพทย์



โครงการ Medical Baseline Allowance เสนอเพิ่มเติมในการจ่ายค่าแก๊สธรรมชาติขั้นต่ำให้กับผู้ที่มีภาวะทางการแพทย์ที่คุณสมบัติเข้ารับสิทธิ์

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

โครงการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับใบเรียกเก็บค่าบริการ

โครงการให้ความช่วยเหลือในด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย

ความช่วยเหลือในการชำระใบเรียกเก็บค่าบริการและบริการปรับปรุงบ้านเพื่อประหยัดพลังงาน (Weatherization Services)
1-866-675-6623

แผนการจัดการเงินค้างชำระ
ผ่านหนี้ค้างชำระค่าบริการสำหรับลูกค้าที่มีคุณสมบัติ
socalgas.com/Forgiveness 1-800-427-2200

ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับโทรศัพท์



แคลิฟอร์เนียไลฟ์ไลน์

โครงการส่วนลดค่าบริการโทรศัพท์สำหรับผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์

californialifeline.com

English: 1-800-427-2200

廣東話: 1-800-427-1420

โทรสาร: (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471

Español: 1-800-342-4545

สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการฟังหรือหูหนวกกรุณาติดต่อ (TDD/TTY): 1-800-252-0259

(เฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาสเปนเท่านั้น)

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478



SoCalGas™

socalgas.com

1 (800) 427-2200

Glad to be of service®

ใบสมัครส่วนลด 20% โปรแกรม CARE

กรุณาใช้หมึกสีน้ำเงินหรือสีดำเท่านั้น

กรุณากรอกและส่งใบสมัครนี้ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรือสมัครออนไลน์ที่ socialgas.com/CARE

ส่งไปรษณีย์มาที่: SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249 หรือส่งโทรสารมาที่: (213) 244-4665

หมายเลขบัญชี

โปรดระบุหมายเลขบัญชีหลักแรกของคุณ

ชื่อลูกค้า (ชื่อและนามสกุลตามที่ระบุไว้ในใบเรียกเก็บค่าบริการของคุณ)

ที่อยู่

เลขที่อาพาตเม้นท์/พื้นที่

เมือง

หมายเลขโทรศัพท์หลัก

1

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของคุณ (รวมถึงตัวเอง ผู้ใหญ่คนอื่น ๆ และเด็กๆ):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ หากมากกว่า 6:

2

คุณ (หรือสมาชิกในครัวเรือนของคุณ) เข้าร่วมในโครงการให้ความช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่

☐ ใช่ (ถ้าใช่ โปรดระบุในวงกลม ●)

- ☐ Medi-Cal/Medicaid: อายุต่ำกว่า 65 ปี
- ☐ Medi-Cal/Medicaid: อายุ 65 ปี ขึ้นไป
- ☐ Medi-Cal สำหรับครอบครัว A&B
- ☐ โครงการสตรีทารก และเด็ก (WIC)
- ☐ CalWORKs (TANF) / Tribal TANF
- ☐ Head Start Income Eligible — เฉพาะชนเผ่าเท่านั้น
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ☐ CalFresh (แสดงป๊ออาหาร)
- ☐ โครงการอาหารกลางวันฟรีแห่งชาติ (NSLP)
- ☐ โครงการให้ความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนผู้มีรายได้น้อย (LIHEAP)
- ☐ โครงการเงินช่วยเหลือเพื่อเลี้ยงชีพ

☐ ไม่ (หากไม่ คุณมีรายได้ครัวเรือนต่อปีเป็นจำนวนเท่าใดก่อนการหักลดหย่อนภาษีโดยรวมถึงรายได้ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือน)

- ☐ \$0-\$42,300
- ☐ \$42,301-\$53,300
- ☐ \$53,301-\$64,300
- ☐ \$64,301-\$75,300
- ☐ \$75,301-\$86,300
- ☐ หากมากกว่า \$86,300 โปรดระบุจำนวนเงินดอลลาร์ที่นี่
\$, .00 ต่อปี.

โปรดระบุแหล่งที่มาของรายได้ของคุณ

- ☐ เงินประกันสังคม
- ☐ SSP หรือ SSDI
- ☐ เงินบำนาญ
- ☐ ดอกเบี้ยหรือเงินปันผลจากบัญชีออมทรัพย์ หุ้น พันธบัตร หรือ บัญชีสำหรับเกษียณ
- ☐ ค่าจ้าง และ/หรือ เงินเดือน
- ☐ เงินชดเชยการว่างงาน
- ☐ เงินประกันหรือเงินที่ได้จากการตกลงยอมรับคดีความ
- ☐ เงินชดเชยทุพพลภาพหรือเงินชดเชยแรงงาน
- ☐ เงินช่วยเหลือคู่สมรสหรือบุตร
- ☐ ทุนการศึกษา เงินอุดหนุน หรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ใช้สำหรับค่าครองชีพ
- ☐ ค่าเช่าหรือรายได้จากค่าลิขสิทธิ์
- ☐ เงินสด รายได้อื่นๆ หรือกำไรจากอาชีพอิสระ

3

คำประกาศโปรดอ่านและลงนามด้านล่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารใบสมัครฉบับนี้ถูกต้องและเป็นความจริง หากมีการร้องขอ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะแสดงหลักฐานยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์เข้าร่วมโปรแกรม CARE ข้าพเจ้าตกลงว่าจะแจ้ง SoCalGas ภายใน 30 วันหากข้าพเจ้าหมดจากคุณสมบัติที่เหมาะสมในการได้รับส่วนลด ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าได้รับส่วนลดโดยปราศจากคุณสมบัติที่เหมาะสม ข้าพเจ้าจะต้องจ่ายคืนเงินส่วนที่ข้าพเจ้าได้รับไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ SoCalGas แบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อให้อย่างคงมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านการจัดการพลังงานที่มีอยู่ และโปรแกรมลดราคาและอัตราที่อยู่อาศัยกับสาธารณูปโภคอื่นๆ หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานที่กำหนดโดย CPUC

ลายมือชื่อ: X

วันที่: