

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Post-Enrollment Verification CARE Application
Individually Metered Residential (Form 6675-E, 06/14)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 4639
DECISION NO.

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED Apr 30, 2014
EFFECTIVE Jun 1, 2014
RESOLUTION NO. E-3524



**IMMEDIATE REPLY
NEEDED**



Dear Customer:

You are currently receiving a 20% CARE discount on your monthly gas bill through Southern California Gas Company (SoCalGas®)'s California Alternate Rates for Energy (CARE) program. Your household has been randomly selected for verification of eligibility. To continue receiving this discount, please return the completed and signed form including required document(s) in the envelope provided, or by fax, within 90 days. If you do not reply or are found ineligible, you may receive corrected billings.

Required Documents: You only need to provide copies of document(s) from either list **1 OR 2** (not both).

List 1) If you or another person in your household receives public assistance, **please send documentation proving participation** in any of the following programs:

Medicaid, Medi-Cal, Medi-Cal for Families A&B (Monthly Premium Statement), Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF), 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 (SSI)

OR

List 2) If no one in your household participates in any of the programs mentioned above, **please send copies of income documents for every household member receiving income or aid.** The chart below lists income sources and required documents:

If you receive:	Acceptable Documents
Wages, Salary, Tips, Commissions	Two most recent consecutive Pay Stubs, or W2, or IRS 1040 form
Social Security, SSI, SSDI, Pensions, Disability Payments, Workers Compensation, Unemployment Benefits	Statements of Benefits, or Copy of the Check, or Bank Statements showing the deposits, or IRS Form 1040, or IRS Form 1099
Profit from Self-Employment	IRS Form 1040, plus Schedule C
Rental Income, Royalty Income	IRS Form 1040, plus Schedule E for rental income
Interest or Dividends from Savings Accounts, Retirement Accounts, Stocks, Bonds	IRS Form 1040, or IRS Form 1099(s).
Insurance, Legal settlements	Settlement documents
Child and/or Spousal Support	Court Documents, or Copy of the Check
School Grants, Scholarships, or Other Aid	Award Letters, or two most recent consecutive Pay Stubs, or Copy of the Check
None of the Sources Above	A statement explaining the sources of income used to support your household

FOR INFORMATION ON CARE, CALL SOCALGAS AT:

English:	1-800-427-2200	Mandarin:	1-800-427-1429	Spanish:	1-800-342-4545
Korean:	1-800-427-0471	Cantonese:	1-800-427-1420	Vietnamese:	1-800-427-0478

Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)

FAX: (213) 244-4665



CARE 20% Rate Discount Verification Form

Form 6675-E EN (06/14)

Please use DARK ink and print clearly to ensure proper processing

Correct way to mark circles: ●

CARE PROGRAM ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249
FAX: (213) 244-4665



Customer Name
(as it appears on your bill):

Home Address
(street, city, zip):

Account Number:

Phone Number: () - -

E-mail Address: _____

I no longer qualify or wish to participate in CARE. Please remove my account from the CARE program.
← If you filled in this circle, please go directly to #4, sign at the bottom, and mail this form in the postage paid envelope provided within 90 days.

(1) Total number of persons in your household: 1 2 3 4 5 6 If more than 6:

(2) Please list names of everyone in your household (include you, additional adults, and children) and fill in the circle (●) to indicate whether each person is an adult or child.

Name		Adult/Child		Name		Adult/Child	
1.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Annual Household Income: If your household does not participate in any of the assistance programs from List 1, please fill in the circle (●) of your household's income range per year before deductions.

\$0 - \$31,460 \$31,461 - \$39,580 \$39,581 - \$47,700 \$47,701 - \$55,820 \$55,821 - \$63,940

If more than \$63,940, enter amount here: \$, .00 per year

(3) ***YOU MUST PROVIDE PROOF THAT YOU QUALIFY FOR THIS PROGRAM***
I have **included** copies of documentation proving participation in an assistance program (list 1) **OR** income document(s) for every household member receiving income/aid (list 2). Please fill in a circle (●).
 Yes No

(4) **DECLARATION:** Please read and sign below.
I state that the information and documents I have provided in this application are true and correct. I agree to inform SoCalGas if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that SoCalGas can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: **X** _____ Date: / /

FOR SOCALGAS USE ONLY:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH
BLANK = INCOMPLETE

INC: \$ _____

HH: _____

INITIALS: _____

**SE REQUIERE RESPUESTA
INMEDIATA**

Apreciable cliente:

Actualmente recibe en la factura mensual de gas un descuento del 20% en la tarifa a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de Southern California Gas Company (SoCalGas®). Su hogar fue seleccionado al azar para verificar que reúne los requisitos. Para continuar recibiendo este descuento, sírvase devolver el formulario debidamente llenado y firmado, junto con la documentación requerida en el sobre provisto, o por fax, en un término de 90 días. Si no responde o se determina que no reunía los requisitos, tal vez reciba facturas con los montos corregidos.

Documentación requerida: Sólo necesita proporcionar copias de la documentación de la lista **1 ó 2** (no ambas).

Lista 1) Si usted o alguien que vive en su hogar recibe asistencia pública, **sírvase enviar la documentación que compruebe su participación** en cualquiera de los siguientes programas:

Medicaid / Medi-Cal, Medi-Cal para familias A & B (Declaración de Prima Mensual), **Programa para Mujeres, Bebés y Niños** (WIC), **CalWORKs** (TANF) o **TANF Tribal**, **CalFresh** (Estampillas para Comida), **Programa de Asistencia a Hogares de Ingresos Limitados para Gastos de Energía** (LIHEAP), **Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)**, **Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)**, **Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos**, **Ingreso elegible para Head Start** (tribal únicamente)

O

Lista 2) Si ningún miembro del hogar participa en alguno de los programas mencionados con anterioridad, **sírvase enviar copias de los comprobantes de ingreso de cada uno de los miembros que viva en su hogar y que reciba ingresos o ayuda.** El siguiente cuadro enlista las fuentes de ingreso y la documentación requerida:

Si usted recibe:	Documentación aceptable
Salarios, sueldos, propinas, comisiones	Los dos últimos talones de pago, o W2, o formulario 1040 del IRS
Seguro social, SSI, SSDI, pensiones, pagos por incapacidad, indemnización para los trabajadores, beneficios de desempleo	Constancias de beneficios, o copia del cheque, o estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos, o formulario 1040 del IRS o formulario 1099 del IRS
Ingresos por autoempleo	Formulario 1040 del IRS y Anexo C
Ingresos por alquiler o regalías	Formulario 1040 del IRS y Anexo E para ingresos por alquiler
Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, cuentas para el retiro, acciones, bonos	Formulario 1040 del IRS o formulario 1099(s) del IRS
Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales	Documentación relativa al pago de pólizas o convenios
Pensión alimenticia y/o conyugal	Documentación judicial o copia del cheque
Subvenciones, becas u otro tipo de ayuda escolar	Cartas de otorgamiento, o los dos últimos talones de pago, o copia del cheque
Ninguna de las fuentes anteriores	Una declaración que explique las fuentes de ingreso usadas para mantener su hogar

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ASISTENCIA AL CLIENTE:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (disponible en inglés y español únicamente)

FAX: (213) 244-4665



Verificación para la tarifa CARE del 20% de descuento

Form 6675-E SP (06/14)

CARE PROGRAM ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249
FAX: (213) 244-4665

Por favor use tinta **NEGRA** y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado
Forma correcta de marcar los círculos: ●

Nombre del cliente
(tal como aparece en su factura):

Domicilio particular:

Número de cuenta:

Teléfono: () () () () () () - () () () ()

Correo electrónico: _____

Ya no califico o no deseo participar en CARE. Sírvanse retirar mi cuenta del programa CARE.
← Si relleno este círculo, por favor vaya directamente al número 4, firme en la parte de abajo, y envíe este formulario en el sobre con porte pagado provisto en un término de 90 días.

(1) Número total de personas que viven en su hogar: # 1 2 3 4 5 6 si más de 6:

(2) Por favor enumere los nombres de todas las personas que viven en su hogar (inclúyase usted, adultos y niños) y marque el círculo (●) para indicar si se trata de un adulto o un niño.

Nombre		Adulto/Niño		Nombre		Adulto/Niño	
1.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ingreso total anual en el hogar: Si su hogar no participa en ninguno de los programas de asistencia de la **Lista 1**, sírvase marcar el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

\$0 - \$31,460 \$31,461 - \$39,580 \$39,581 - \$47,700 \$47,701 - \$55,820 \$55,821 - \$63,940

Si es más de \$63,940, escriba el monto aquí: \$, .00 al año

DEBE PROPORCIONAR CONSTANCIA DE QUE REÚNE LOS REQUISITOS PARA ESTE PROGRAMA

(3) **Incluí** copias de la documentación que prueba la participación en un programa de asistencia (lista 1) comprobante(s) de ingreso de cada miembro del hogar que recibe ingresos/ayuda (lista 2). Sírvase marcar el círculo (●).
 Sí No

(4) **DECLARACIÓN:** Por favor lea y firme abajo.

Declaro que la información y la documentación que proporcioné en este formulario de solicitud son verdaderas y correctas. Convento en informar a SoCalGas si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin tener derecho al mismo, se me puede exigir la devolución del descuento recibido. Entiendo que SoCalGas puede compartir mis datos con otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma:

Fecha: / /

PARA USO EXCLUSIVO DE SOCALGAS:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH
BLANK = INCOMPLETE

INC: \$,

HH:

INITIALS:



親愛的客戶：

日期：

您現在正通過 Southern California Gas Company (SoCalGas®) 的加州能源優惠 (CARE) 計劃，享受占每月瓦斯 (煤氣) 帳單 20% 的 CARE 折扣優惠。您的家庭被隨機選中進行資格確認。若要繼續享受此項折扣，請您將填寫好并簽名的表格以及所需文件放入所提供的信封中，在 90 天內寄回，或傳真。如果您沒有回復或經查證不符合資格，您將會收到更正折扣的帳單。

所需文件： 您只需要提供列表 1 或列表 2 中的文件副本，而不需要提供所有兩個列表中的文件。

列表 1) 如果您或您家中的其他成員接受政府協助，請您提供能够證明參與以下任何計劃的文件：

Medicaid / Medi-Cal (加州醫療輔助計劃)、Supplemental Social Security (社會安全補助金)、CalFresh (食物券)、Medi-Cal for Families A&B (健康家庭低費兒童醫療健保計劃類別 A 及 B 每月保費報表)、CalWORKs / TANF、部落 TANF、WIC (婦女、嬰兒和兒童營養輔助計劃)、LIHEAP (低收入家庭能源協助計劃)、National School Lunch Program (全國學童午餐計劃)、Bureau of Indian Affairs General Assistance (印第安事務局一般協助計劃)、Head Start Income Eligible – Tribal Only (部落學前教育補助金計劃)

或

列表 2) 如果您家中無人參加上述任何計劃，請您提供您家中每位成員的收入文件副本，包括所有收入和協助。以下表格列出了收入來源和所需文件：

如果您收到：	可以接受的文件：
工資、薪金、小費、傭金	兩份最近連續的薪金支票存根 (Pay Stubs)、W2、或 IRS 1040 表格
Social Security (社會安全福利金)、SSI, SSDI (社會安全補助金)、退休金、殘疾津貼、勞工補償 失業救濟	福利說明書 (Statements of Benefits)，或支票副本，或顯示存款數額的銀行月結單，或 IRS 的 1040 或 1099 表格
自由業 (Self-Employment) 取得的利潤	IRS 的 1040 表格，加上 Schedule C 表格
租金、權利金收入	IRS 的 1040 表格，加上租金收入使用的 Schedule E 表格
儲蓄賬戶、退休賬戶、股票和債券中取得的利息或紅利	IRS 的 1040 表格或 IRS 的 1099(s) 表格
保險賠償金和法律賠償金	處理結果文件
子女和/或配偶贍養費	法庭文件或支票副本
學校補助，獎學金或其它助學金	獲獎信件，兩份最近連續的補助金支票存根 (Pay Stubs)，或支票副本
以上來源都不是	一份解釋您用於支撐家庭的收入來源的證明

若需更多關於 CARE 計劃的資訊，請致電 SOCALGAS：

英語：1-800-427-2200

國語：1-800-427-1429

西班牙語：1-800-342-4545

韓語：1-800-427-0471

粵語：1-800-427-1420

越南語：1-800-427-0478

聽覺障礙專線 (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (僅提供英語和西班牙語服務)

(傳真) FAX: (213) 244-4665



CARE 計劃 20% 費率折扣確認表格

(請用深色筆以正楷填寫清晰以確保適當受理)

Form 6675-E CH (06/14)

CARE PROGRAM ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249
傳真(FAX): (213) 244-4665

客戶姓名: _____

地址: _____

帳戶號碼: _____

聯絡電話: (____)____-____

電郵地址: _____

我不再符合或不願再參加 CARE 計劃。請把我的帳戶從 CARE 計劃中取消。
 ← 如果您將這個圓圈塗黑(●), 請直接填寫第 4 部分, 在文件下方簽字, 將此表格放在所提供的郵資已付的信封中, 在 90 天內寄回。

(1) 您家庭中的總人數: 1 2 3 4 5 6 如果超過 6:

(2) 請列出您家庭中每位成員的姓名 (包括您本人, 其他成年人和兒童), 並將適當的圓圈塗黑(●)以顯示該成員是成人還是兒童。

姓名	成人/兒童	姓名	成人/兒童
1. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童	7. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童
2. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童	8. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童
3. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童	9. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童
4. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童	10. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童
5. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童	11. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童
6. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童	12. _____	<input type="radio"/> 成人 <input type="radio"/> 兒童

家庭年收入總額: 如果您的家庭沒有參加列表 1 中的任何協助計劃, 請您把能體現您家庭收入範圍的圓圈塗黑(●)。

\$0 - \$31,460 \$31,461 - \$39,580 \$39,581 - \$47,700 \$47,701 - \$55,820 \$55,821 - \$63,940

如果多於 \$63,940, 請在此處填寫金額: \$____,____.00 每年

(3) *您必須提供證明您符合參加本計劃資格的資料*
 我已經附上了能够證明參與協助計劃 (列表 1) 的文件副本或每個家庭成員的收入文件, 包括接受的所有收入/協助 (列表 2)。請塗黑符合您情況的圓圈(●)。
 是 否

(4) 聲明: 請您閱讀並簽字。

我聲明在此申請中提供的資料和文件均正確屬實。我同意若我不再符合條件時, 即通知 SoCalGas。我瞭解若不合格接受折扣, 我可能須退還我之前所接受的折扣。我瞭解 SoCalGas 可將有關我的資料提供給其它的公用事業公司或組織團體以協助我加入他們的協助計劃。

簽名: **X** _____ 日期: ____/____/____

僅供 SOCALGAS 填寫:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH
 BLANK = INCOMPLETE

INC: \$ _____

HH: ____

INITIALS: ____

친애하는 고객님:

날짜:

귀하께서는 현재 Southern California Gas Company(SoCalGas®)의 캘리포니아 에너지 대체 요금 (CARE) 프로그램을 통하여 월별 가스 요금에 대해 20% CARE 할인을 받고 계십니다. 귀 가구는 수혜 자격 확인 대상으로 무작위로 선정되었습니다. 이 할인을 계속 받으시려면, 작성하고 서명한 양식을 구비 서류와 함께 제공된 봉투를 사용하여 90 일 내에 택배나 팩스로 제출하십시오. 회답을 하지 않으시거나 자격이 없는 것으로 판단되면, 조정된 청구서를 받으실 수도 있습니다.

구비 서류: 목록 1 또는 2 (두 목록 모두가 아님)의 문서의 사본을 제출하면 됩니다.

목록 1) 귀하나 기타 식구가 공공 지원을 받는 경우, 다음 중 해당 프로그램에 대한 참여를 입증하는 자료를 보내십시오.

메디케어(Medicaid), Medi-Cal, 건강한 가족 유형 A 및 B (Medi-Cal for Families A&B) (월 보험료 명세서), 여성, 유아 및 어린이 (Women, Infants and Children WIC), CalWORKs / TANF 또는 부족 TANF, 헤드 스타트 소득 자격 (Head Start Income Eligible – Tribal Only) (인디언 부족만 해당), 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance), CalFresh (푸드 스탬프), 학교 점심 프로그램 (National School Lunch Program, NSLP), 저소득 주택 에너지 지원 프로그램 (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP), 추가 사회보장 수입 (Supplemental Security Income, SSI)

또는

목록 2) 식구 중 아무도 위에 언급된 어느 프로그램에도 참여하지 않는 경우, 소득이나 보조금을 받는 모든 식구에 대한 소득 서류 사본을 보내십시오. 아래 표는 소득원과 구비 서류를 나열합니다:

받는 소득:	인정되는 문서
임금, 봉급, 팁, 커미션	최근의 2 회 연속 보수 전표 또는 W2 또는 IRS 1040 양식
사회보장금, SSI, SSDI, 연금, 장애 지원금, 산재보상금, 실업수당	혜택 내역서 또는 수표 사본 또는 예금을 보여주는 은행 내역서 또는 IRS 양식 1040 또는 IRS 양식 1099
자영업 수익	IRS 양식 1040 과 스케줄 C
임대 소득, 로열티 소득	IRS 양식 1040 및 임대 소득에 대한 스케줄 E
예금 구좌, 은퇴 구좌, 주식, 채권의 이자나 배당금	IRS 양식 1040 또는 IRS 양식 1099.
보험, 법적 타협금	타협 문서
자녀 및/또는 배우자 생활비	법원 문서 또는 수표 사본
학교 보조금, 장학금 또는 기타 보조금	수여 서신 또는 최근의 2 회 연속 보수 전표 또는 수표 사본
위의 소득원 해당되지 않음	가족 부양을 위해 사용된 소득의 원천을 설명하는 진술서

CARE 에 대한 사항은 아래의 SOCALGAS 번호로 문의하십시오:

영어: 1-800-427-2200

북경어: 1-800-427-1429

스페인어: 1-800-342-4545

한국어: 1-800-427-0471

광둥어: 1-800-427-1420

월남어: 1-800-427-0478

청각 장애자(TDD/TTY): 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로 만 유효함)

팩스 (FAX): (213) 244-4665



CARE 20% 요금 할인 확인 양식

Form 6675-E KO (06/14)

정확히 처리되도록 하기 위해 진한 펜을 사용하여 분명히 인쇄체로 기입
동그라미에 바르게 표시하는 방법: ●

CARE PROGRAM ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249
FAX: (213) 244-4665

고객 이름:

주소:

구좌 번호:

주택 전화번호: () - -

이메일 주소: _____

본인은 더 이상 자격이 없거나 CARE 에 참여하기를 원치 않습니다. 본인의 구좌를 CARE 프로그램에서 삭제하십시오.
←이 동그라미(●) 안을 채운 경우, 직접 4 번으로 가서 하단에 서명하여 이 양식을 제공된 우송료 선불 봉투에 넣어 90 일 내에 우송하십시오.

(1) 귀하 가구의 총 식구 수 (귀하, 다른 성인 및 어린이 포함):

1 2 3 4 5 6 만약 6 개 이상:

(2) 모든 식구들(본인, 성인 및 어린이 포함)의 이름을 나열하고 각 식구가 성인인지 어린이인지를 해당 동그라미(●) 안을 채워서 표시하십시오.

이름	성인 / 어린이	이름	성인 / 어린이
1.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	7.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	8.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	9.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	10.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	11.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	12.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

총 연간 가구 소득: 목록 1 에 나열된 어느 프로그램에도 참여하지 않으시는 경우, 공제전 귀하 가구의 연간 총 소득 범위에 해당되는 동그라미(●) 안을 채우십시오.

\$0 - \$31,460 \$31,461 - \$39,580 \$39,581 - \$47,700 \$47,701 - \$55,820 \$55,821 - \$63,940

\$63,940 을 초과하는 경우, 여기에 금액을 기입하십시오: 연간 \$ _____,_____.00

(3) *귀하는 본 프로그램 수혜 자격이 있다는 증명서류를 제출해야 합니다*
본인은 보조 프로그램(목록 1) 참여를 입증하는 문서 또는 소득 / 보조금(목록 2)을 받는 모든 식구에 대한 소득 문서의 사본을 포함하였습니다. 해당 동그라미(●)의 안을 채우십시오
 예 아니요

(4) 진술: 아래 사항을 읽고 서명하십시오.
본 신청서에서 본인이 제공한 정보와 문서가 정확한 사실이고 정확함을 진술합니다. 본인이 할인을 받을 자격이 더 이상 없게 될 경우 SoCalGas 에 통보하기로 동의합니다. 자격이 없으면서 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수도 있다는 것을 본인은 이해합니다. SoCalGas 에서 다른 유틸리티 회사나 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

서명: **X** 날짜: ____/____/____

SOCALGAS 에 한하여서만 사용 :

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH INC: \$ _____ HH: _____ INITIALS: _____
BLANK = INCOMPLETE



A Sempra Energy utility®

Form 6675-E VI (06/14)

**CẦN HỎI
ĐÁP NGAY**

Kính Gởi Quý Khách Hàng:

Ngày:

Quý vị hiện đang được giảm giá 20% theo chương trình CARE trên biên nhận gas hàng tháng qua chương trình Mức Giá Năng Lượng Thay Thế California (California Alternate Rates for Energy hay CARE) của Southern California Gas Company (SoCalGas®). Gia đình của quý vị được chọn ngẫu nhiên để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện. Để tiếp tục được giảm giá theo chương trình này, xin gửi lại mẫu đơn điền đầy đủ và ký tên bao gồm cả (các) tài liệu được yêu cầu trong phong bì cung cấp hoặc fax sẵn trong vòng 90 ngày. Nếu quý vị không hồi đáp hoặc cho thấy không hội đủ điều kiện, quý vị có thể nhận được biên nhận hiệu chỉnh.

Các Tài Liệu Yêu Cầu: Quý vị chỉ cần cung cấp bản sao của (các) tài liệu từ danh sách **1 HOẶC 2** (không phải cả hai).

Danh sách 1) Nếu quý vị hay người nào khác trong hộ gia đình được hưởng các chương trình trợ giúp công cộng, **xin gửi tài liệu xác nhận được hưởng** bất cứ chương trình nào sau đây:

Medicaid, Medi-Cal, Gia đình Khỏe mạnh loại A&B (Bản kê Phí bảo hiểm Hàng tháng), Chương trình Phụ nữ, Sơ sinh, & Trẻ em (WIC), CalWORKs(TANF), Bản địa TANF, Chương trình Mầm non cho người có Lợi tức Hợp lệ (Chỉ dành cho Bản địa), Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh (Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm), Chương trình Toàn quốc ăn Trưa tại Trường (NSLP), Chương trình Trợ giúp Năng lượng cho Gia đình có Lợi tức Thấp (LIHEAP), Trợ Giúp An sinh Xã hội (SSI)

HOẶC

Danh sách 2) Nếu không có ai trong gia đình của quý vị được hưởng bất cứ chương trình nào ở trên, **xin gửi bản sao các tài liệu về lợi tức của mọi thành viên trong gia đình có lợi tức hoặc trợ cấp**. Bảng dưới đây liệt kê các nguồn lợi tức và các tài liệu được yêu cầu:

Nếu quý vị nhận:	Các Tài Liệu Có Thể Chấp Nhận Được
Lương Tuần, Lương Tháng, Tiền Thưởng, Hoa Hồng	Hai Cùi Lương liên tục gần đây nhất, hay mẫu đơn W2, hoặc mẫu 1040 IRS
An Sinh Xã Hội, SSI, SSDI, Hưu Bổng, Trợ Cấp Tàn Phế, Bồi Thường Lao Động, Trợ Cấp Thất Nghiệp	Bản Kê Quyền Lợi, hay Bản Sao Chi Phiếu, hoặc Bản Kê Trương Mục Ngân Hàng về khoản tiền ký thác, hoặc Mẫu Đơn 1040 IRS, hoặc Mẫu Đơn 1099 IRS
Lợi Nhuận Việc Làm Tự Do	Mẫu Đơn 1040 IRS, cùng với Liệt Kê C
Lợi Tức Cho Thuê, Lợi Tức Bản Quyền	Mẫu Đơn 1040 IRS, cùng với Liệt Kê E về lợi tức cho thuê
Tiền Lãi hay Cổ Tức từ Trương Mục Tiết Kiệm, Hưu Trí, Cổ Phiếu, Trái Phiếu	Mẫu Đơn 1040 IRS, hay (các) Mẫu Đơn 1099 IRS
Bảo Hiểm, Thỏa Hiệp Pháp Định	Tài Liệu về Thỏa Hiệp Pháp Định
Tiền Nuôi Con và/hoặc Phối Ngẫu	Tài Liệu Toà Án, hay Bản Sao Chi Phiếu
Tài Trợ Học Hành, Học Bổng, hay Trợ Giúp Khác	Thư Tài Trợ, hoặc hai cùi lương liên tục gần đây nhất, hay Bản Sao Chi Phiếu
Không có Nguồn Nào nêu Trên	Một bản kê giải thích các nguồn lợi tức dùng cho gia đình quý vị

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH CARE, XIN GỌI SOCALGAS TẠI:

Tiếng Anh: 1-800-427-2200
Tiếng Hàn: 1-800-427-0471

Quan Thoại: 1-800-427-1429
Quảng Đông: 1-800-427-1420

Tây Ban Nha: 1-800-342-4545
Tiếng Việt: 1-800-427-0478

Số Máy dành cho Người Khiếm Thính (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (chỉ có bằng tiếng Anh và Tây Ban Nha)

FAX: (213) 244-4665



Đơn Xác Minh Để Được Giảm Giá 20% Theo Chương Trình CARE

Form 6675-E VI (06/14)

Xin dùng mực đậm và viết bằng chữ in để đảm bảo xét duyệt chính xác
Bôi đen đúng cách: ●

CARE PROGRAM ML GT19A1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249
FAX: (213) 244-4665

Tên Khách Hàng: _____

Địa chỉ: _____

Số Trương Mục: _____

Điện Thoại Nhà #: (____) _____-____

E-mail: _____

Tôi không còn hội đủ điều kiện hoặc không muốn tham gia vào chương trình CARE nữa. Xin rút trương mục của tôi ra khỏi chương trình CARE.
← Nếu quý vị bôi đen vào vòng tròn này, chuyển thẳng sang câu 4 (●), ký tên ở dưới, và gửi mẫu đơn này trong phong bì đã trả trả bưu phí được cung cấp sẵn trong vòng 90 ngày.

(1) Tổng số người trong hộ gia đình của quý vị: ~~###~~ 1 2 3 4 5 6 nếu có nhiều hơn 6:

(2) Xin ghi tên mọi người trong gia đình của quý vị (bao gồm quý vị, các người lớn, và trẻ em) và bôi đen vào vòng tròn (●) để cho biết mỗi người là người lớn hay là trẻ em.

Tên	Người Lớn/Trẻ Em	Tên	Người Lớn/Trẻ Em
1.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	7.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	8.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	9.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	10.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	11.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	12.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Nếu quý vị không được hưởng bất cứ chương trình nào ở trên, mức lợi tức hàng năm của gia đình quý vị là bao nhiêu (lợi tức trước khi khấu trừ, bao gồm tất cả mọi người trong gia đình)?

- \$0 - \$31,460 \$31,461 - \$39,580 \$39,581 - \$47,700 \$47,701 - \$55,820 \$55,821 - \$63,940
- Nếu nhiều hơn \$63,940, xin điền tổng số vào đây \$, .00 mỗi năm

(3) *QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP TÀI LIỆU CHỨNG MINH LÀ QUÝ VỊ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH NÀY*

Tôi đã **gởi kèm** các bản sao tài liệu chứng minh được hưởng một chương trình trợ giúp (danh sách 1) **HOẶC** (các) tài liệu về lợi tức cho mọi thành viên trong gia đình có lợi tức/trợ cấp (danh sách 2). Hãy bôi đen vào vòng tròn (●).

Có Không

(4) **LỜI KHAI:** Xin đọc và ký tên bên dưới.
Tôi xin khai rõ rằng thông tin và tài liệu tôi đã cung cấp trong đơn này là sự thật và chính xác. Tôi đồng ý báo cho SoCalGas biết nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để nhận giảm giá nữa. Tôi hiểu rằng nếu tôi được giảm giá khi không hội đủ điều kiện, tôi có thể được yêu cầu phải trả lại khoản giảm giá đã nhận. Tôi hiểu rằng SoCalGas có thể chia sẻ thông tin của tôi với các hãng tiện ích khác hoặc các đại lý để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ.

Chữ ký: Ngày: / /

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO SOCALGAS:

1 = CE 2 = INCOME 3 = BOTH
BLANK = INCOMPLETE

INC: \$,

HH:

INITIALS: