

# 20% ՉԵՂՉ ԽՆԱՄՔԻ ԴԻՄՈՒՄ

«California Alternate Rates for Energy» (Կալիֆորնիայի այլընտրանքային սակագներ էլեկտրաէներգիայի համար) (CARE) ծրագիրը SoCalGas®-ի իրավունակ հաճախորդներին բնական գազի իրենց ամսական վարձավճարի 20 տոկոս զեղչ է առաջարկում: Այս զեղչը կկիրառվի ամսական վարձավճարի համար՝ սկսած այն ամսաթվից, երբ դիմումը հաստատվի SoCalGas-ի կողմից:

## ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՄՔ ԼՐԱՑՎԱԾ ԴԻՄՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵՆ՝ ՕԳՏՎԵԼՈՎ ՍՏՈՐԵՎ ՆՇՎԱԾ ՁԵՎԵՐԻՑ ՄԵԿԸ՝

- 1) Այցելեք [myaccount.socalgas.com](http://myaccount.socalgas.com) կամ [socalgas.com/CARE](http://socalgas.com/CARE): Ձեր խնդրանքն ակնթաղթորեն կվճակվի:
- 2) Չանգահարեք 866-716-3452 հեռախոսահամարով, ցանկացած պահի, շուրջօրյա (24 ժամ): Ձեռքի տակ ունեցեք ձեր հաշվի համարը:
- 3) Լրացված և ստորագրված ձևաթուղթը վերադարձրեք փոստով կամ ֆաքսով՝ 213-244-4665 համարին:

## ՊԱՐԱՆՁՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼՈՒ ԵՐԿՈՒ ՁԵՎ ԿԱ

Հանրային աջակցության ծրագրեր Եթե դուք կամ ձեր տան մեկ այլ անդամ նպաստներ եք ստանում հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկից՝
Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal for Families A & B
Women, Infants, & Children (WIC)
CalWORKs (TANF) <sup>1</sup> / Tribal TANF
Head Start Income Eligible – Tribal Only
Bureau of Indian Affairs General Assistance
CalFresh (սննդային կտրոններ)
National School Lunch Program (NSLP)
Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Ապահովության լրացուցիչ եկամուտ

<sup>1</sup> Ներառում է «Welfare-to-Work»-ը



ՏԱՆ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԱՌԱՎԵԼԱԳՈՒՅՆ ԵԿԱՄՈՒՑ		
(Ուժի մեջ է 2022թ. հունիսի 1-ից մինչև 2023թ. մայիսի 31-ը)		
Տան անդամների քանակը	Ընդհանուր տարեկան եկամուտ*	
1-2		\$36,620
3		\$46,060
4		\$55,500
5		\$64,940
6		\$74,380
7		\$83,820
8		\$93,260

Տան յուրաքանչյուր լրացուցիչ անդամի համար ավելացնել \$9,440  
\*Ներառում է ներկայիս տան անդամների եկամուտը բոլոր աղբյուրներից՝  
Նախքան պահումները:

## ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

- 1) Դուք պետք է բավարարեք վերոնշյալ աղյուսակի որակավորման պահանջները:
- 2) Բնական գազի վարձավճարի հաշիվը պետք է լինի ձեր անունով, իսկ հասցեն պետք է լինի ձեր հիմնական հասցեն:
- 3) Դուք չպետք է կախում ունեցող անձ հայտարարված լինեք ձեր կնոջից (ամուսնուց) բացի մեկ այլ անձի եկամտահարկի հայտարարագրում:
- 4) Դուք պետք է կրկին վկայագրեք ձեր դիմումը, երբ պահանջվի:
- 5) Դուք պետք է SoCalGas-ին 30 օրվա ընթացքում ծանուցեք, եթե այլևս չեք համապատասխանում պահանջներին:
- 6) Ձեզ կարող են խնդրել հաստատել CARE-ի ձեր իրավունակությունը:

## ԱՅՆ ԾՐԱԳՐԵՐ ԵՎ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՈՐՈՑՑ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐԻՆ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ

<b>ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԶԵՐ ՏԱՆ ՀԱՄԱՐ</b>		
<p>Էներգախնայող տների բարելավումներ լիազորված տեղական կապալառուներից՝ առանց ծախսերի</p>	<p><b>Energy Savings Assistance Program</b></p>	<p><a href="http://socalgas.com/Improvements">socalgas.com/Improvements</a> 1-800-331-7593</p>
<b>ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ</b>	<b>ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԶԵՐ ՎԱՐՁԱՎՃԱՐԻ ԱՌՆՉՈՒԹՅԱՄԲ</b>	<b>ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԶԵՐ ՀԵՌԱԽՈՍԻ ԱՌՆՉՈՒԹՅԱՄԲ</b>
<p><b>ՆԱՍՆԱԿԱՆ ԱՐԹԵՐՈՒ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՓՈՆՀԱՏՈՒՑՈՒՄ</b></p> <p>Լրացուցիչ բնական գազ՝ ամենացածր բազային դրույթաչափով՝ համապատասխան բժշկական պայմանների համար</p> <p><a href="http://socalgas.com/Medical">socalgas.com/Medical</a> 1-866-431-3517</p>	<p><b>ՑԱՐԵ ԵԿԱՄՈՒՑ ՈՒՆԵՑՈՂՆԵՐԻ ՏԱՆ ԷՆԵՐԳԻԱՅԻ ԱՏԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ</b></p> <p>Կոմունալ վճարումների աջակցության և ջերմամեկուսացման ծառայություններ</p> <p>1-866-675-6623</p> <p><b>ՄԱՊՈՒՔԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՊԼԱՆ</b></p> <p>Առաջարկում է ժամկետանց հաշիվների ներում որակավորված հաճախորդներին</p> <p>1-800-427-2200</p>	<p><b>CALIFORNIA LIFELINE</b></p> <p>Ձեռքով հեռախոսային ծառայություններ իրավունակ հաճախորդների համար</p> <p>Հավելյալ տեղեկությունները՝ <a href="http://californialifeline.com">californialifeline.com</a> կայքում</p>

English: 1-800-427-2200  
廣東話: 1-800-427-1420  
ՖԱԶՍ՝ (213) 244-4665

한국어: 1-800-427-0471  
Español: 1-800-342-4545  
Lսողոլոյան դժվարություններ ունեցողների համար (TDD/TTY)՝ 1-800-252-0259  
(մատչելի է միայն անգլերենով և իսպաներենով)



[socalgas.com](http://socalgas.com)

1 (800) 427-2200



# 20% ԶԵՂՉ ԽՆԱՄՔԻ ԴԻՄՈՒՄ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՄԻԱՅՆ ՄՈՒԳ ԿԱՊՈՒՅՑ ԿԱՄ ՍԵՎ ԹԱՆԱԹՈՎ ԳՐԻՉ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ

Խնդրում ենք այս դիմումը լրացնել և վերադարձնել փոստով, ֆաքսով կամ դիմել առցանց՝ [socialgas.com/CARE](https://socialgas.com/CARE)

**Փոստով՝** SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3090 Rancho Cordova, CA 95741-9890 կամ **Ֆաքս ուղարկել՝** (213) 244-4665 համարին

ՀԱՇՎԻ ՀԱՄԱՐԸ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ ՁԵՐ ՀԱՇՎԻ ՀԱՄԱՐԻ ԱՌԱՋԻՆ 10 ԹՎԵՐԸ:

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԱՆՈՒՄ (ԱՆՈՒՄ ԵՎ ԱԶԳԱՆՈՒՄ ԱՅՆՊԵՍ, ԻՆՉՊԵՍ ԳՐՎԱԾ Է ՁԵՐ ՎԱՐՁԱՎՃԱՐԻ ՀԱՇՎՈՒՄ)

ՀԱՍՑԵ

ԲՆ./ՏԱՐԱԾՔ #

ՔԱՂԱՔ

ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԵՌԱՆՈՍԱՀԱՄԱՐ

1

**Ձեր տան անդամների ընդհանուր թիվը (ներառյալ դուք, այլ չափահասներ և երեխաներ)**

1  2  3  4  5  6  Եթե 6-ից ավելի է՝

2

**Դուք (կամ ձեր տան անդամներից որևէ մեկը) անդամագրված եք աջակցության հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկում:**

- ԱՅՈ (Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել շրջանակ(ներ)ի մեջ ●)
  - Medi-Cal/Medicaid՝ 65 տարեկանից ցածր
  - Medi-Cal/Medicaid՝ 65 տարեկան կամ ավելի
  - Medi-Cal for Families A&B
  - Women, Infants and Children Program (WIC)
  - CalWORKs (TANF) կամ Tribal TANF
  - Head Start Income Eligible - Tribal Only
  - Bureau of Indian Affairs General Assistance
  - CalFresh (սննդային կտրոններ)
  - National School Lunch Program (NSLP)
  - Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
  - Ապահովության լրացուցիչ եկամուտ
- ՈՉ (Եթե ոչ, որքան է ձեր տան անդամների տարեկան եկամտի չափը նախքան պահումները, ներառյալ տան բոլոր անդամները:):
  - \$0 - \$36,620
  - \$36,621 - \$46,060
  - \$46,061 - \$55,500
  - \$55,501 - \$64,940
  - \$64,941 - \$74,380
  - Եթե \$74,380-ից ավելի է, դուրսդի գումարի չափը մուտքագրեք այստեղ՝  
\$  ,  .00 տարեկան:

**Խնդրում ենք նշել ձեր եկամտի աղբյուրները**

- Սոցիալական ապահովություն
- SSP կամ SSDI
- Թոշակներ
- Խնայողությունների, բաժնետոմսերի, պարտատոմսերի կամ կենսաթոշակային հաշիվների տոկոսադրույթներ կամ շահաբաժիններ
- Աշխատավարձեր
- Գործազրկության նպաստներ
- Ապահովագրության կամ օրինական վճարումներ
- Հաշմանդամության կամ աշխատողների փոխհատուցման վճարումներ
- Ամուսնու (կնոջ) կամ երեխայի աջակցություն
- Կրթաթոշակներ, դրամաշնորհներ կամ այլ աջակցություն, որն օգտագործվում է ապրուստի ծախսերի համար
- Կարծի կամ արտոնագրային իրավունքի եկամուտ
- Կանխիկ, այլ եկամուտ կամ շահ ինքնազբաղվածությունից

3

**Հայտարարագիր** Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել ստորև: Ես հաստատում եմ, որ այս դիմումում տրամադրված տվյալները ճշմարիտ և ճշգրիտ են: Ես համաձայն եմ CARE իրավունակության ապացույց տրամադրել, եթե հայցվի: Ես համաձայն եմ Հարավային Կալիֆորնիայի գազամատակարար ընկերությանը (SoCalGas) 30 օրվա ընթացքում տեղեկացնել, եթե ես այլևս զեղչից օգտվելու իրավունք չունենամ: Ես հասկանում եմ, որ եթե զեղչից օգտվեմ առանց դրա իրավունքն ունենալու, ինձնից կպահանջվի հետ վճարել այն զեղչը, որն ստացել եմ: Ես հասկանում եմ, որ SoCalGas-ը կարող է իմ տվյալները փոխանցել կենցաղապասարկման այլ հիմնարկների կամ գործակալությունների՝ ինձ իրենց աջակցության ծրագրերում անդամագրելու համար:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝  ԱՄՍԱԹԻՎ՝  /  /

© 2022 Հարավային Կալիֆորնիայի գազամատակարար ընկերություն: Ապրանքանիշերը իրենց համապատասխան տերերի սեփականությունն են: Բոլոր իրավունքները վերապահված են: CARE ծրագիրը ֆինանսավորվում է Կալիֆորնիայի կենցաղապասարկման հիմնարկների հաճախորդների կողմից և կառավարվում է Հարավային Կալիֆորնիայի գազամատակարար ընկերության կողմից՝ Կալիֆորնիայի Հանրային Կենցաղապասարկման հիմնարկների հանձնաժողովի հովանավորությամբ: Ծրագրի ֆինանսական միջոցները կիսակցվեն առաջին գալու, առաջինը ծառայություն ստանալու հիմքով, մինչև որ նման ֆինանսական միջոցներն այլևս մատչելի չլինեն: Այս ծրագիրը կարող է փոփոխվել կամ ավարտվել՝ առանց նախնական ծանուցման: N22E047A 0322 Source Code: 9B Form 6491 ARM Meter: Residential