



កម្មវិធីជំនួយ SDG&E® ផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីដែលផ្តល់ការបញ្ចុះតម្លៃដើម្បីជួយបន្ទាបតម្លៃលើវិក្កយបត្រថាមពលប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក៖

អត្រាថាមពលជម្រើសរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CARE)

កម្មវិធី CARE ផ្តល់នូវការបញ្ចុះតម្លៃប្រចាំខែទៅលើវិក្កយបត្រ SDG&E របស់លោកអ្នកសម្រាប់ទាំងឧស្ម័ន និងទឹកភ្លៀង។ លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺត្រូវផ្អែកលើការចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ណាមួយដូចដែលបង្ហាញនៅលើទម្រង់បែបបទពាក្យសុំសុំ ឬមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារដោយផ្អែកទៅលើចំនួនមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

ជំនួយអត្រាអគ្គិសនីប្រចាំគ្រួសារ (FERA)

បើលោកអ្នកគ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CARE លោកអ្នកនៅអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី FERA។ FERA ផ្តល់ការបញ្ចុះតម្លៃប្រចាំខែបន្តិចបន្តួចទៅលើវិក្កយបត្រអគ្គិសនីសម្រាប់គ្រួសារដែលមានសមាជិកចាប់ពី 3 នាក់ឡើងទៅដោយមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវទៅលើប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ជាងកម្មវិធី CARE បន្តិច។

សូមមើលគោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ CARE/FERA ដែលមាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោម ដើម្បីឲ្យដឹងថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងអាចចុះឈ្មោះដោយបំពេញពាក្យសុំបានដែរឬទេ។

នៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក **សូមប្រាកដថាបង្ហាញ៖**

- រាល់កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលអ្នក និងនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឬ
- ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំសរុបរបស់អ្នក

លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់កម្មវិធី CARE & FERA មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2022- ថ្ងៃទី 31 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2023		
មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់	កម្មវិធីCARE	កម្មវិធីFERA
	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំសរុប *	
1 ឬ 2	\$36,620	មិនម្ចាស់ ធិត្យបច្ចាប់
3	\$46,060	\$46,061 - \$57,575
4	\$55,500	\$55,501 - \$69,375
5	\$64,940	\$64,941 - \$81,175
6	\$74,380	\$74,381 - \$92,975
7	\$83,820	\$83,821 - \$104,775
8	\$93,260	\$93,261 - \$116,575
មនុស្សបន្ថែមម្នាក់ៗ បន្ថែម	\$9,440	\$9,440 - \$11,800

* ដើម្បីកំណត់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារដុលសរុបនាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក សូមបូករាល់ប្រាក់ និងការធានារ៉ាប់រងមិនមែនជាសាច់ប្រាក់ទាំងអស់ដែលទទួលបានដោយមនុស្សម្នាក់ៗដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក (មែនមានប្រាក់បៀវត្សរ៍ មូលប្រឡាន និងការធានារ៉ាប់រងពីរដ្ឋាភិបាល និងការឧបត្ថម្ភហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងៗ)។

របៀបដាក់ពាក្យ៖

1. ដាក់ពាក្យតាមគេហទំព័រ sdge.com/care
2. ទូរស័ព្ទមកលេខចុះឈ្មោះស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងពេលណាក៏បាន៖ 1-877-646-5525
3. ផ្ញើពាក្យសុំដែលបំពេញរួចតាមទូរសារទៅកាន់លេខ 858-636-5749
4. ផ្ញើពាក្យសុំនេះតាមប្រៃសណីយ៍ដោយប្រើស្រោមសំបុត្រដែលបានផ្តល់ជូនស្រាប់៖
អាសយដ្ឋាន៖ P.O. Box 129831

San Diego, CA 92112-9985

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានចម្ងល់ណាមួយ សូមផ្ញើអ៊ីមែលមកកាន់ billdiscount@sdge.com ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-411-7343។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគរ ឬប្តី ឬស្រី ឬមនុស្សម្នាក់ៗ មិនមែនមនុស្សម្នាក់ៗ មូលប្រឡាន និងការធានារ៉ាប់រងពីរដ្ឋាភិបាល TDD/TTY របស់យើងតាមរយៈលេខ 1-877-889-7343។

កម្មវិធីខាងក្រោមផ្តល់ជូនជំនួយបន្ថែម

SDG&E's Energy Savings Assistance Program
ផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃនូវការកែលម្អផ្ទះសន្សំសំចៃថាមពលទាំងសម្រាប់ម្ចាស់ផ្ទះ និងអ្នកជួល។ សូមចូលមើល sdge.com/energyassistance ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1 866-597-0597 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



Low-Income Home Energy Assistance Program
ជំនួយឧបត្ថម្ភដល់ការចំណាយបង់វិក្កយបត្រ និងសេវាខាងស្បែកសាបសម្រាវដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋ។ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់ក្រសួងសេវាកម្ម និងអភិវឌ្ឍសហគមន៍តាមរយៈលេខ 1-866-675-6623 ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 2-1-1 សម្រាប់ការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ភ្នាក់ងារនៅក្នុងតំបន់។

SDG&E's Medical Baseline Allowance Program
ផ្តល់ថាមពលកាន់តែច្រើននៅក្នុងអត្រាថាមពលដល់អតិថិជនដែលមានបញ្ហាសុខភាព។ សូមចូលមើល sdge.com/medicalbaseline ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-411-7343 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

<<Customer Name>>
 <<Street Address>>
 <<Street Address2>>
 <<City, State, Zip>>

<<Account: #####>>

Office Use Only

ពាក្យសុំកម្មវិធី CARE និង FERA

គោលការណ៍ណែនាំនៃកម្មវិធី (អនុវត្តទាំងកម្មវិធី CARE និង FERA)៖

- លោកអ្នកត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ SDGE ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- ប្រសិនបើមានការស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ដើម្បីបន្តជាមួយកម្មវិធីនេះ។
- ការប្រើប្រាស់ថាមពលកម្រិតខ្ពស់ អាចបណ្តាលឱ្យមានការដកចេញពីកម្មវិធី។
- នៅពេលមានការស្នើសុំ លោកអ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះបន្ត បើមិនដូច្នោះទេ គេនឹងលុបឈ្មោះរបស់លោកអ្នកចេញពីកម្មវិធីនេះ។
- លោកអ្នកមិនអាចទាមទារនូវប្រកាសពន្ធចំណូលរបស់មនុស្សណាម្នាក់ផ្សេងក្រៅពីប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្លួនឡើយ។
- វិក្កយបត្រ SDGE® របស់លោកអ្នកត្រូវតែមានឈ្មោះរបស់លោកអ្នក ហើយអាសយដ្ឋានត្រូវតែជាអាសយដ្ឋានចម្បងរបស់លោកអ្នក។
- ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបនាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក (ប្រាក់ចំណូលសរុបទាំងអស់ពីគ្រប់សមាជិកកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក) មុនពេលការកាត់ពន្ធគឺមិនច្រើនជាងកម្រិតប្រាក់ចំណូលនៅក្នុង តារាងសម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នក
 ឬគ្រួសាររបស់លោកអ្នកកំពុងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈណាមួយដែលមានឈ្មោះលើពាក្យសុំក្នុងប្រអប់ 2A។

1	<p>ឈ្មោះរបស់លោកអ្នក (ដូចដែលបង្ហាញនៅលើវិក្កយបត្ររបស់លោកអ្នក)</p> <p>អាសយដ្ឋានផ្ទះ (ផ្លូវ/ទីក្រុង/លេខហ្វីលីប្រូដ)</p> <p>លេខគណនី SDG&E</p> <p>ចំនួនមនុស្សនៅក្នុងគ្រួសារ មនុស្សធំ៖ ក្មេង៖ សរុប៖</p>												
2 A	<p>បន្ត កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ លោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈណាមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម ចុះត្រូវបានកម្មវិធីដែលត្រូវទាំងអស់។ សូមបំពេញផ្នែក 2A ឬ 2B។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញទាំងពីរផ្នែកទេ។</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal for Families A&B</td> <td><input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CalFresh (Food Stamps)/SNAP</td> <td><input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ)</td> <td><input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance</td> <td><input type="checkbox"/> CalWORKS (TANF) <input type="checkbox"/> Tribal TANF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានគ្រួសារប្រអប់ណាមួយក្នុងផ្នែកនេះ សូមរំលងទៅផ្នែកទី 3</p>	<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal for Families A&B	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)	<input type="checkbox"/> CalFresh (Food Stamps)/SNAP	<input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ)	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance	<input type="checkbox"/> CalWORKS (TANF) <input type="checkbox"/> Tribal TANF	<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)			
<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal for Families A&B	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)												
<input type="checkbox"/> CalFresh (Food Stamps)/SNAP	<input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)												
<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (តែកុលសម្ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ)	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)												
<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance	<input type="checkbox"/> CalWORKS (TANF) <input type="checkbox"/> Tribal TANF												
<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)													
2 B	<p>លក្ខណៈសម្បត្តិនៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសម្រាប់កម្មវិធី CARE ឬកម្មវិធី FERA ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមិនចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីណាមួយខាងលើ សូមគ្រួសារប្រកបទាំងអស់នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារ និងសូមសរសេរប្រាក់ចំណូល សរុបនៅក្នុងចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ប្រាក់បៀវត្សរ៍ និង/ឬប្រាក់ចំណេញពីការរកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន</td> <td><input type="checkbox"/> SSP ឬ SSDI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងពីភាពអត់ការងារធ្វើ</td> <td><input type="checkbox"/> ការប្រាក់/ភាគលាភពីប្រាក់សន្សំ ភាគហ៊ុន បោះដុំ ឬគណនីពីការចូលនិវត្តន៍</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> សំណងពីការភោព ឬការងារ</td> <td><input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងតាមផ្លូវច្បាប់</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ជំនួយឧត្តម្តីប្រពន្ធ ឬកូន</td> <td><input type="checkbox"/> អាហារូបករណ៍ ជំនួយឧត្តម្តី ឬជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ការចំណាយរស់នៅ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> សោធននិវត្តន៍</td> <td><input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពីការជួល ឬប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ស្នូលសារ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម</td> <td><input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ ឬចំណូលផ្សេងទៀត</td> </tr> </table> <p>ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំសរុប៖ \$ [] [] [] , [] [] [] .00</p>	<input type="checkbox"/> ប្រាក់បៀវត្សរ៍ និង/ឬប្រាក់ចំណេញពីការរកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> SSP ឬ SSDI	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងពីភាពអត់ការងារធ្វើ	<input type="checkbox"/> ការប្រាក់/ភាគលាភពីប្រាក់សន្សំ ភាគហ៊ុន បោះដុំ ឬគណនីពីការចូលនិវត្តន៍	<input type="checkbox"/> សំណងពីការភោព ឬការងារ	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងតាមផ្លូវច្បាប់	<input type="checkbox"/> ជំនួយឧត្តម្តីប្រពន្ធ ឬកូន	<input type="checkbox"/> អាហារូបករណ៍ ជំនួយឧត្តម្តី ឬជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ការចំណាយរស់នៅ	<input type="checkbox"/> សោធននិវត្តន៍	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពីការជួល ឬប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ស្នូលសារ	<input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម	<input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ ឬចំណូលផ្សេងទៀត
<input type="checkbox"/> ប្រាក់បៀវត្សរ៍ និង/ឬប្រាក់ចំណេញពីការរកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> SSP ឬ SSDI												
<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងពីភាពអត់ការងារធ្វើ	<input type="checkbox"/> ការប្រាក់/ភាគលាភពីប្រាក់សន្សំ ភាគហ៊ុន បោះដុំ ឬគណនីពីការចូលនិវត្តន៍												
<input type="checkbox"/> សំណងពីការភោព ឬការងារ	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងតាមផ្លូវច្បាប់												
<input type="checkbox"/> ជំនួយឧត្តម្តីប្រពន្ធ ឬកូន	<input type="checkbox"/> អាហារូបករណ៍ ជំនួយឧត្តម្តី ឬជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ការចំណាយរស់នៅ												
<input type="checkbox"/> សោធននិវត្តន៍	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពីការជួល ឬប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ស្នូលសារ												
<input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម	<input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ ឬចំណូលផ្សេងទៀត												
3	<p>សេចក្តីប្រកាស (សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម) ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យ គឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ជូនការបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូល ប្រសិនបើមានការស្នើសុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ SDG&E ប្រសិនបើខ្ញុំលែងមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការបញ្ជាក់បន្ថែម។ ប្រសិនបើខ្ញុំបន្តទទួលបានការបញ្ជាក់បន្ថែមដោយមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ខ្ញុំអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់សងការបញ្ជាក់បន្ថែមដែលខ្ញុំបានទទួល។ ខ្ញុំជឹងថា SDG&E អាចតែកែវិលកែព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំជាមួយផ្នែកសេវាអតិថិជនឬផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬភ្នាក់ងាររបស់ពួកគេដើម្បីចុះឈ្មោះខ្ញុំក្នុងកម្មវិធីផ្តល់ជំនួយរបស់ពួកគេ។</p> <p>ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ</p> <p>អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល ទូរស័ព្ទ ()</p>												