



## 節省您的 SDG&E® 帳單開支

SDG&E® 援助計劃提供兩項折扣計劃，幫您降低每月能源開支：

### 加州能源優惠計劃 (CARE)

CARE 計劃為您每月的 SDG&E 瓦斯和電費帳單提供折扣。您是否符合計劃資格，需要根據您是否加入申請表中所列的任何公共援助計劃，**或**是否符合家庭總收入資格（以家庭人口數為準）進行判斷。

### 家庭電費補助計劃 (FERA)

若您不符合 CARE 計劃資格，仍可能符合 FERA 計劃資格。相較 CARE 計劃而言，FERA 計劃為 3 人或以上家庭提供的電費每月折扣稍低，收入範圍標準稍高。

請參考下列 CARE/FERA 收入標準，確認您是否符合條件，並填寫申請表加入。

在申請表上，**請務必註明：**

- 您或您的家人獲取福利的所有合格公共援助計劃，**或**
- 您的家庭總年收入。

CARE 和 FERA 計劃的收入條件 2024 年 6 月 1 日至 2025 年 5 月 31 日有效		
家庭成員數	CARE 計劃	FERA 計劃 家庭總年收入*
1 或 2	\$40,880	不符合條件
3	\$51,640	\$51,641 – \$64,550
4	\$62,400	\$62,401 – \$78,000
5	\$73,160	\$73,161 – \$91,450
6	\$83,920	\$83,921 – \$104,900
7	\$94,680	\$94,681 – \$118,350
8	\$105,440	\$105,441 – \$131,800
每多一人增加金額	\$10,760	\$10,760 – \$13,450

\* 計算您目前的家庭總收入時，請合計每位家庭成員所收到的現金收入和非現金福利（包括工資、政府支票和福利，以及任何其他類型的財務支援）。

### 申請方式：

1. 在 [sdge.com/care](https://sdge.com/care) 線上申請
2. 隨時撥打我們的自動登記號碼：1-877-646-5525
3. 將填妥的申請表傳真到 858-636-5749
4. 使用內附信封將申請表郵寄到：  
地址：P.O.Box 129831  
San Diego, CA 92112-9985

如果您有疑問，請發電子郵件到 [billdiscount@sdge.com](mailto:billdiscount@sdge.com) 或致電 1-800-411-7343。有語音或聽力障礙的人士請撥打我們的 TDD/TTY 號碼：1-877-889-7343。

以下計劃可提供更多援助

### SDG&E 節能援助計劃

為業主或承租人提供免費的節能房屋改建。請訪問

[sdge.com/energyassistance](https://sdge.com/energyassistance) 或撥打 1-866-597-0597，瞭解更多資訊。



### 低收入家庭能源援助計劃

由州政府承辦的帳單支付援助和房屋節能改造服務。請致電社區服務和發展部門電話 1-866-675-6623 或 2-1-1，要求轉介至當地政府部門。

### SDG&E 醫療基線優惠計劃

以最低費率為有醫療狀況的用戶提供更多能源。請訪問

[sdge.com/medicalbaseline](https://sdge.com/medicalbaseline) 或撥打 1-800-411-7343，瞭解更多資訊。

(申請表位於背面)

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

<<Account:#####>>

Office Use Only

## CARE 和 FERA 計劃申請表

計劃須知事項 (CARE 和 FERA 計劃均適用):

- 如果您不再具有資格，必須通知 SDG&E。
- 如果要求驗證收入，您必須按要求執行，以繼續留在計劃中。
- 高能源用量可能導致您被移出計劃。
- 收到要求時，您必須更新登記資料，否則將被退出計劃。
- 除了您的配偶外，您不能在其他人的所得稅申報單上合併申報。
- SDG&E® 帳單上必須是您的姓名，且地址必須是您的主要住所。
- 您的扣除前家庭總年收入（家庭所有成員的收入總和）不得超過您的家庭成員人數在表中對應的收入水平，或者您的家庭必須正從申請表 2A 框中列出的一個公共援助計劃獲取福利。

<b>1</b>	您的姓名 (與帳單上姓名相同)	
	住家地址 (街道/城市/郵遞區號)	
	SDG&E 帳號	
	家庭成員人數	成人:                      兒童:                      總數:
<b>2A</b>  或  <b>2B</b>	<b>公共援助計劃</b> 如果您或您的家人獲得以下任何公共援助計劃的福利，請勾選所有適用項。填寫 2A 或 2B 部份。只需填寫一個部份，不必都填寫。 <input type="checkbox"/> 健康家庭 A 及 B 的 Medicaid / Medi-Cal <input type="checkbox"/> 全國學童午餐計劃 (NSLP) <input type="checkbox"/> CalFresh (食品券) /SNAP <input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助計劃 (LIHEAP) <input type="checkbox"/> 學前教育班補助金計劃 (僅限部落) <input type="checkbox"/> 社會安全補助金 (SSI) <input type="checkbox"/> 印第安事務局一般協助計劃 <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) 或部落 TANF <input type="checkbox"/> 婦女、嬰兒及兒童計劃 (WIC)	
	<b>家庭收入資格 (適用於 CARE 或 FERA 計劃)</b> 如果您的家庭未加入公共援助計劃，請勾選您所有家庭成員的全部收入來源，並將全家總收入填寫在空格中。 <input type="checkbox"/> 個體經營者的工資和/或福利 <input type="checkbox"/> SSP 或 SSDI <input type="checkbox"/> 失業補貼 <input type="checkbox"/> 存款、股票、債券或退休金帳戶的利息/分紅 <input type="checkbox"/> 殘疾或工傷補償金 <input type="checkbox"/> 保險理賠或和解金 <input type="checkbox"/> 配偶或子女撫養費 <input type="checkbox"/> 獎學金、補助金或其他生活開支援助 <input type="checkbox"/> 養老金 <input type="checkbox"/> 租金或版稅收入 <input type="checkbox"/> 社會保險金 <input type="checkbox"/> 現金或其他收入	
家庭總年收入: \$ □ □ □, □ □ □.00		
<b>3</b>	<b>聲明 (請閱讀並在下面簽名)</b> 我提供的資訊真實準確。如經要求，我同意提供收入證明。如果我不再符合接受折扣的條件，我同意通知 SDG&E。如果我不符合條件的情況下繼續接受折扣，SDG&E 可要求我退還收到的折扣。我理解 SDG&E 可與其他公用事業單位或其代理商分享我的資訊，以將我加入其援助計劃。	
	簽名: _____	日期: _____
	電子郵件地址: _____	電話: (      ) _____