

برنامه های کمک SDGE® دو برنامه ارائه مینماید که یک تخفیف برای کمک به پایین آوردن هزینه صورت حساب ماهیانه انرژی میباشد:

نرخ متفاوت برای انرژی در کالیفرنیا (CARE)

برنامه CARE یک تخفیف ماهیانه صورت حساب SDGE برای گاز و برق ارائه مینماید. واجدیت شرایط بر اساس ثبت نام در هر یک از برنامه های کمک دولتی اشاره شده در فرم تقاضانامه یا از طریق برآورده نمودن شرایط مربوط به درآمد خانواده بر اساس تعداد افراد ساکن خانه تعیین میشود.

کمک در مورد نرخ برق خانواده (FERA)

اگر واجد شرایط CARE نباشید، هنوز امکان دارد که برای برنامه FERA واجد شرایط شناخته شوید. FERA تخفیف کمی پایین تری برای صورت حساب برق خانواده های 3 نفر یا بیشتر که دارای درآمدی کمی بیشتر نسبت به CARE میباشد ارائه مینماید.

برای اطلاع از امکان حصول شرایط برای تمدید تقاضانامه خود به دستورالعملهای درآمد CARE/FERA که در زیر درج شده است مراجعه نمایید. به هنگام ارسال درخواست، لطفاً مطمئن شوید که موارد زیر را درج نمایید:

- کلیه برنامه های کمک دولتی واجد شرایط که شما یا یکی از افراد خانواده شما مزایایی به واسطه آن دریافت میکند، یا
- کل درآمد سالیانه خانواده

واجدیت شرایط درآمدی برای برنامه های CARE و FERA معتبر از تاریخ 1 ژوئن 2020 الی 31 مه 2021		
برنامه FERA کل درآمد سالیانه خانواده *	برنامه CARE	تعداد افراد خانواده
واجد شرایط نمیشد	\$34,480	1 یا 2
\$43,441 - \$54,300	\$43,440	3
\$52,401 - \$65,500	\$52,400	4
\$61,361 - \$76,700	\$61,360	5
\$70,321 - \$87,900	\$70,320	6
\$79,281 - \$99,100	\$79,280	7
\$88,241 - \$110,300	\$88,240	8
\$8,960 - \$11,200	\$8,960	برای هر یک از افراد بیشتر اضافه کنید

* برای تعیین کل درآمد فعلی ناخالص خانواده کلیه پولها و مزایای غیر نقدی دریافتی توسط هر یک از افراد ساکن خانه خود (شامل حقوق، چک و مزایا از طرف دولت و هرگونه کمک مالی دیگر) را با هم جمع کنید.

روشهای درخواست:

1. بصورت آنلاین در وب سایت sdge.com/care
2. تماس در هر زمانی با تلفن خودکار ثبت نام به این شماره: 1-877-646-5525
3. فکس تقاضانامه تکمیل شده به شماره 858-636-5749
4. ارسال تقاضانامه با استفاده از پاکت ارائه شده به این آدرس:
P.O. Box 129831
San Diego, CA 92112-9985

در صورت داشتن سوال، لطفاً ایمیلی به آدرس billdiscount@sdge.com ارسال نموده یا با شماره تلفن 1-800-411-7343 تماس بگیرید. در صورتی که دچار مشکل تلکم یا شنوایی هستید، لطفاً با خط TDD/TTY به شماره تلفن 1-877-889-7343 تماس بگیرید.

برنامه های زیر ممکن است کمکهای بیشتری ارائه نمایند

برنامه کمک صرفه جویی انرژی SDGE
بهینه سازی رایگان مصرف انرژی در خانه
برای مالکان و مستاجرین. برای دریافت
اطلاعات بیشتر به وب سایت
sdge.com/energyassistance مراجعه
کرده یا با شماره تلفن 1-866-597-0597 تماس بگیرید.

**Energy Savings
Assistance Program™**

برنامه کمک انرژی خانواده های کم درآمد
خدمات محافظت خانه در برابر شرایط جوی و کمک به پرداخت صورت حساب
مدیریت شده توسط ایالت برای ارجاع به یک دفتر محلی با دفتر توسعه و خدمات
کامیونیتی به شماره تلفن 1-866-675-6623 یا شماره 1-1-2تماس
بگیرید.

برنامه کمک خرجی مرجع پزشکی SDGE
انرژی بیشتر به کمترین نرخ برای مشتریان دارای مشکل پزشکی برای دریافت
اطلاعات بیشتر به وب سایت sdge.com/medicalbaseline مراجعه
کرده یا با شماره تلفن 1-800-411-7343 تماس بگیرید.

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

<<Account: #####>>

Office Use Only

تقاضانامه CARE و FERA

دستورالعملهای برنامه (در مورد هر دو برنامه CARE و FERA صدق میکند):

- در صورتی که دیگر واجد شرایط نمیشید باید به SDG&E اطلاع دهید.
- در صورت درخواست ارائه تاییدیه درآمد، باید برای ادامه حضور در برنامه از آن تبعیت نمایید.
- میزان مصرف انرژی بالا میتواند منجر به حذف از برنامه شود.
- به هنگام درخواست، باید ثبت نام خود را تمدید کنید در غیر این صورت از برنامه کنار گذاشته خواهید شد.
- نمیتوانید در اظهارنامه مالیات بر درآمد فرد دیگری غیر از همسر خود نامتان را وارد کنید.
- صورت حساب SDG&E[®] باید به نام و آدرس محل اصلی اقامت شما باشد.
- درآمد کل فعلی خانواده (همه درآمد کل افراد ساکن در خانه) قبل از کسر کسورات باید در دامنه سطح درآمدی طبق جدول برای اندازه خانواده شما بوده یا خانواده شما مزایایی از یکی از برنامه های کمک دولتی لیست شده در تقاضانامه در قسمت 2A دریافت نمایید.

1	نام شما (همانطور که در صورت حساب درج شده است)			
	آدرس خانه (ایالت/شهر/زیرپ کد)			
	شماره حساب SDG&E			
2A	تعداد افراد خانواده	افراد بزرگسال	بچه ها	کل
	برنامه های کمک دولتی : در صورتی که شما یا یکی از افراد خانواده مزایایی از هر یک از برنامه های کمک دولتی دریافت مینمایید لطفاً کلیه موارد را علامت بزنید. قسمت 2A یا 2B را علامت بزنید. نیازی نیست که هر دو قسمت را پر کنید.			
2B	<input type="checkbox"/> Medi-Cal برای خانواده های A&B	<input type="checkbox"/> زنان، نوزادان و بچه ها (WIC)		
	<input type="checkbox"/> CalFresh (Food Stamps)/SNAP	<input type="checkbox"/> برنامه ملی نهار مدرسه (NSLP)		
3	<input type="checkbox"/> واجد شرایط درآمد Head Start (فقط قومیتی)	<input type="checkbox"/> برنامه کمک انرژی خانواده های کم درآمد (LIHEAP)		
	<input type="checkbox"/> دفتر کمک عمومی امور سرخپوستان	<input type="checkbox"/> درآمد امنیت تکمیلی (SSI)		
یا				
Tribal TANF یا CalWORKs (TANF) <input type="checkbox"/>				
اگر هر یک از قسمتهای این بخش را علامت زده اید، به بخش 3 بروید				
2B	واجدیت شرایط درآمد خانواده (برای برنامه های CARE یا FERA) اگر خانواده شما در هیچ یک از برنامه های فوق شرکت نمی نماید، لطفاً کلیه منابع درآمد خانواده را برای کلیه اعضای خانواده علامت زده و درآمد کل را در قسمت ارائه شده درج نمایید.			
	<input type="checkbox"/> دستمزدها و/یا سود حاصل از خوداشتغالی	<input type="checkbox"/> SSDI یا SSP		
2B	<input type="checkbox"/> مزایای بیمه بیکاری	<input type="checkbox"/> بهره/سود حاصل از سپرده، سهام، اوراق قرضه یا حساب بانکشستگی		
	<input type="checkbox"/> پرداختهای معلولیت یا غرامت مالی کارگران	<input type="checkbox"/> بیمه یا مصالحه حقوقی		
2B	<input type="checkbox"/> کمک همسر یا فرزند	<input type="checkbox"/> بورسیه، کمک مالی تحصیلی یا کمکهای دیگر برای تامین هزینه های زندگی		
	<input type="checkbox"/> صندوق بانکشستگی	<input type="checkbox"/> درآمد اجاره یا حق امتیاز		
2B	<input type="checkbox"/> امنیت اجتماعی	<input type="checkbox"/> پول نقد یا درآمد دیگر		
	کل درآمد سالیانه خانواده: \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .00			
3	اظهاریه (لطفاً قسمت زیر را خوانده و امضاء کنید) اطلاعاتی که ارائه نموده ام صحیح بوده و با حقیقت مطابقت دارد. در صورت نیاز با ارائه مدرک درآمد موافقت مینمایم. موافقت می نمایم در صورتی که دیگر واجد شرایط دریافت تخفیف نبودم مراتب را به SDG&E اطلاع دهم. در صورتی که بدون احراز شرایط همچنان تخفیف را دریافت کنم، ممکن است از من خواسته شود مبلغ تخفیف دریافتی را پس دهم. میدانم که SDG&E میتواند اطلاعاتم را با خدمات عمومی دیگر یا نمایندگان آنها در میان بگذارد تا بدین وسیله در برنامه های کمکی آنها ثبت نام شوم.			
	امضاء:	تاریخ:		
آدرس ایمیل:	شماره تلفن () :			