



SDG&E® 요금을 절약하십시오

SDG&E® 지원 프로그램은 월별 에너지 요금을 낮추는데 도움이 되는 할인을 제공하는 두 가지 프로그램을 제공합니다.

캘리포니아 에너지 대체 요금 (CARE) 프로그램

CARE 프로그램은 SDG&E의 가스 및 전기 청구 요금에 대한 월별 할인을 제공합니다. 이용 자격은 신청서에 표시된 공공 지원 프로그램에 등록된 경우 또는 귀하의 가구 구성원 수에 근거한 가구 소득 자격 기준 충족 여부에 따라 결정됩니다.

가족 전기 지원 요금(FERA) 프로그램

CARE 프로그램의 자격 기준을 충족하지 못하더라도, FERA 프로그램 자격 기준을 충족하실 수도 있습니다. FERA는 CARE보다 약간 더 높은 소득 범위에 속하는 3인 이상으로 구성된 가구에 대해 월별 전기 요금 할인 혜택을 제공합니다.

자격이 있는지 확인하시려면 아래에 나열된 CARE/FERA 소득 지침을 참조하고 신청서를 작성하여 등록하십시오.

신청서 상에 다음 사항을 반드시 명시하십시오:

- 귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 혜택을 받는 모든 적격 공공 지원 프로그램 또는
- 귀하의 총 연간 가구 소득

CARE & FERA 프로그램 소득 자격기준 유효기간: 2020년 6월 1일 - 2021년 5월 31		
가구 구성원 수	CARE 프로그램	FERA 프로그램 총 연간 가구 소득*
1명 또는 2명	\$34,480	자격 없음
3명	\$43,440	\$43,441 - \$54,300
4명	\$52,400	\$52,401 - \$65,500
5명	\$61,360	\$61,361 - \$76,700
6명	\$70,320	\$70,321 - \$87,900
7명	\$79,280	\$79,281 - \$99,100
8명	\$88,240	\$88,241 - \$110,300
추가인원 1인당 가산 금액	\$8,960	\$8,960 - \$11,200

* 총 가구 소득 합계를 산출하려면, 귀 가정에 거주하는 모든 사람이 받은 모든 금전 및 비금전적 혜택을 합하십시오 (임금, 정부 수표 및 혜택, 기타 일체의 재정 지원 포함).

신청 방법:

1. sdge.com/care에서 온라인으로 신청합니다
2. 언제든지 저희 자동 등록 번호 1-877-646-5525로 전화하십시오.
3. 작성된 신청서를 858-636-5749로 팩스 전송하십시오
4. 신청서를 동봉된 봉투에 넣어 다음 주소로 우송하십시오.

주소: P.O. Box 129831

San Diego, CA 92112-9985

문의 사항이 있으면, billdiscount@sdge.com으로 메일을 보내시거나 1-800-411-7343으로 연락하십시오. 언어 또는 청각 장애 고객의 경우, TDD/TTY 번호인 1-877-889-7343으로 전화하십시오.

다음 프로그램들을 통해 추가 지원이 제공될 수도 있습니다

SDG&E의 에너지 절약 지원 프로그램

주택 소유자 및 임차인을 위한 무료 에너지 절약 주택 개량. 자세한 내용을 원하시면

sdge.com/energyassistance를

방문하시거나 1-866-597-0597로 전화하십시오.

**Energy Savings
Assistance Program**

저소득 주택 에너지 지원 프로그램

주정부에서 운영하는 요금 지불 지원 및 내후 단열 서비스. 1-866-675-6623의 지역사회 서비스 개발부로 문의하거나 현지 기관을 소개 받으려면 2-1-1로 전화하십시오.

SDG&E의 의료 기초 수당 프로그램

질병이 있는 고객의 경우 최저 효율로 더 많은 에너지 사용 가능. 자세한 내용을 원하시면

sdge.com/medicalbaseline을 방문하거나 1-800-411-7343으로 전화하십시오.

(신청서는 뒷면에)

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

<<Account: #####>>

Office Use Only

CARE 및 FERA 신청서

프로그램 지침(CARE 및 FERA 프로그램에 모두 적용):

- 더 이상 수혜 자격이 없는 경우 SDG&E에 통보해야 합니다.
- 귀하의 소득을 입증하도록 요청 받는 경우, 프로그램을 계속 이용하려면 이에 응해야 합니다.
- 허용되는 선을 넘어 과도하게 에너지를 소비한 경우, 프로그램 대상에서 제외될 수 있습니다.
- 요청 받은 경우, 등록을 갱신해야 하며 그렇지 않으면 프로그램에서 삭제됩니다.
- 배우자 이외에 다른 사람이 소득세 신고서에서 귀하를 부양가족으로 청구하지 않아야 합니다.
- SDG&E® 청구서가 귀하의 이름으로 되어 있어야 하며 주소는 귀하의 주 거주지 주소이어야 합니다.
- 귀 가구의 공제전 연간 총 소득(귀하의 모든 가족 구성원이 받는 소득)이 차트 내 가족 구성원 인원 수에 해당하는 소득 수준 이내이거나 귀 가구가 신청서의 2A 박스에 나열된 공공 지원 프로그램 중 하나로부터 혜택을 받고 있어야

1	귀하의 성명 (요금 청구서에 표시된 대로)			
	집 주소 (거리/시/지프)			
	SDG&E 계좌 번호			
	가구 구성원 수	성인:	어린이:	합계:
2A	공공 지원 프로그램 귀하 또는 가구 구성원이 다음 중 어느 공공 지원 프로그램으로부터 혜택을 받는 경우, 해당 사항을 모두 체크 표시하십시오. 2A 또는 2B 항목을 기입하십시오. 두 항목 모두 작성할 필요는 없습니다.			
	<input type="checkbox"/> 가족 A & B를 위한 Medicaid/Medi-Cal <input type="checkbox"/> CalFresh (푸드 스탬프)/SNAP <input type="checkbox"/> 헤드 스타트 소득 자격 (인디언 부족만 해당) <input type="checkbox"/> 인디언 업무국 일반 지원 <input type="checkbox"/> 여성, 유아, 어린이프로그램(WIC)			
OR	<input type="checkbox"/> 학교 무료 점심프로그램(NSLP) <input type="checkbox"/> 저소득 주택 에너지 지원프로그램(LIHEAP) <input type="checkbox"/> 보조 사회보장수입(SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKs(TANF) 또는 인디언 부족			
본 항목 내의 어느 칸이라도 체크 표시한 경우, 3항으로 건너뛰십시오				
2B	가구소득자격(CARE 또는 FERA 프로그램의 경우) 가족 구성원들이 위의 어느 프로그램에도 참여하지 않는 경우, 모든 가족 구성원의 모든 가구 소득원을 체크 표시하고 해당년에 총소득을 기입하십시오.			
	<input type="checkbox"/> 자영업 임금 및/또는 수익 <input type="checkbox"/> 실업 급여 <input type="checkbox"/> 신체 장애 지원금 또는 직장상해보상금 <input type="checkbox"/> 배우자 또는 자녀부양금 <input type="checkbox"/> 연금 <input type="checkbox"/> 사회보장금			
<input type="checkbox"/> SSP 또는 SSDI <input type="checkbox"/> 저축, 주식, 채권 또는 퇴직금 적립 계좌의 이자/배당금 <input type="checkbox"/> 보험 또는 법적 합의금 <input type="checkbox"/> 장학금, 학비 보조금, 또는 기타 생활비 보조금 <input type="checkbox"/> 임대료 또는 저작권 사용료 소득 <input type="checkbox"/> 현금 또는 기타 소득				
총 연간 가구 소득: \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .00				
3	진술문 (아래 사항을 읽고 서명하십시오) 본인이 제공한 정보는 사실이며 정확합니다. 요청 받을 경우 소득 증빙자료를 제출하기로 동의합니다. 더 이상 할인을 받을 자격이 되지 않을 경우 SDG&E에 통보하기로 동의합니다. 자격이 없으면서 계속 할인을 받은 경우 받은 할인액을 환불해야 할 수 있습니다. 본인은 SDG&E에서 다른 유틸리티 회사나 그 에이전트의 지원 프로그램에 등록하기 위해 본인의 정보를 그들과 공유할 수 있다는 것을 알고 있습니다.			
	서명: _____	날짜: _____		
이메일 주소: _____		전화: () _____		