

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 2017 年 6 月 1 日至 2018 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	\$32,480	不符合條件
3	\$40,840	\$40,841 - \$51,050
4	\$49,200	\$49,201 - \$61,500
5	\$57,560	\$57,561 - \$71,950
6	\$65,920	\$65,921 - \$82,400
7	\$74,280	\$74,281 - \$92,850
8	\$82,640	\$82,641 - \$103,300
每多一人增加金額	\$8,360	\$8,360 - \$10,450

* 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 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 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 或撥打 1-866-597-0597，瞭解更多資訊。

Energy Savings
.....
Assistance Program™

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 或撥打 1-800-411-7343，瞭解更多資訊。

加州救生熱線/IULTS

符合與 CARE 類似之收入標準的用戶可享電話費折扣服務。有關此服務的更多資訊，請聯絡您當地的電話服務供應商。

<<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。

1	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：												
2A 或 2B	公共援助計劃 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。 <table border="0"><tr><td>☐ 健康家庭 A 及 B 的 Medicaid / Medi-Cal</td><td>☐ 全國學童午餐計劃 (NSLP)</td></tr><tr><td>☐ CalFresh (食品券) / SNAP</td><td>☐ 低收入家庭能源援助計劃 (LIHEAP)</td></tr><tr><td>☐ 學前教育班補助金計劃 (僅限部落)</td><td>☐ 社會安全補助金 (SSI)</td></tr><tr><td>☐ 印第安事務局一般協助計劃</td><td>☐ CalWORKs (TANF) 或部落 TANF</td></tr><tr><td>☐ 婦女、嬰兒及兒童計劃 (WIC)</td><td></td></tr></table>					☐ 健康家庭 A 及 B 的 Medicaid / Medi-Cal	☐ 全國學童午餐計劃 (NSLP)	☐ CalFresh (食品券) / SNAP	☐ 低收入家庭能源援助計劃 (LIHEAP)	☐ 學前教育班補助金計劃 (僅限部落)	☐ 社會安全補助金 (SSI)	☐ 印第安事務局一般協助計劃	☐ CalWORKs (TANF) 或部落 TANF	☐ 婦女、嬰兒及兒童計劃 (WIC)			
	☐ 健康家庭 A 及 B 的 Medicaid / Medi-Cal	☐ 全國學童午餐計劃 (NSLP)															
☐ CalFresh (食品券) / SNAP	☐ 低收入家庭能源援助計劃 (LIHEAP)																
☐ 學前教育班補助金計劃 (僅限部落)	☐ 社會安全補助金 (SSI)																
☐ 印第安事務局一般協助計劃	☐ CalWORKs (TANF) 或部落 TANF																
☐ 婦女、嬰兒及兒童計劃 (WIC)																	
如果您勾選了此部份的任一方塊，請前往第 3 部份																	
2B	家庭收入資格 (適用於 CARE 或 FERA 計劃) 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。 <table border="0"><tr><td>☐ 個體經營者的工資和/或福利</td><td>☐ SSP 或 SSDI</td></tr><tr><td>☐ 失業補貼</td><td>☐ 存款、股票、債券或退休金帳戶的利息/分紅</td></tr><tr><td>☐ 殘疾或工傷補償金</td><td>☐ 保險理賠或和解金</td></tr><tr><td>☐ 配偶或子女撫養費</td><td>☐ 獎學金、補助金或其他生活開支援助</td></tr><tr><td>☐ 養老金</td><td>☐ 租金或版稅收入</td></tr><tr><td>☐ 社會保險金</td><td>☐ 現金或其他收入</td></tr></table>					☐ 個體經營者的工資和/或福利	☐ SSP 或 SSDI	☐ 失業補貼	☐ 存款、股票、債券或退休金帳戶的利息/分紅	☐ 殘疾或工傷補償金	☐ 保險理賠或和解金	☐ 配偶或子女撫養費	☐ 獎學金、補助金或其他生活開支援助	☐ 養老金	☐ 租金或版稅收入	☐ 社會保險金	☐ 現金或其他收入
	☐ 個體經營者的工資和/或福利	☐ SSP 或 SSDI															
☐ 失業補貼	☐ 存款、股票、債券或退休金帳戶的利息/分紅																
☐ 殘疾或工傷補償金	☐ 保險理賠或和解金																
☐ 配偶或子女撫養費	☐ 獎學金、補助金或其他生活開支援助																
☐ 養老金	☐ 租金或版稅收入																
☐ 社會保險金	☐ 現金或其他收入																
家庭總年收入：\$, .00																	
3	聲明 (請閱讀並在下面簽名) 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。如果我在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： ()														