



SDG&E® օժանդակության ծրագրերը առաջարկում են երկու ծրագիր, որոնք զեղչեր են տրամադրում էլեկտրաէներգիայի Ձեր ամսական հաշիվները նվազեցնելու համար:

Կալիֆորնիայի էլեկտրաէներգիայի այլընտրանքային սակագներ (CARE)

CARE ծրագիրը ամսական զեղչեր է առաջարկում Ձեր SDG&E էլեկտրաէներգիայի եւ գազի հաշվի համար: Իրավունակությունը պայմանավորված է դիմումի ձեռնարկում նշված հանրային օժանդակության ծրագրերից որեւէ մեկին անդամակցությամբ, կամ ընտանեկան եկամտի չափով՝ հիմնված Ձեր տանը բնակվող **էլեկտրականության սակագների ընտանեկան աջակցություն (FERA)**

Եթե Դուք չէք բավարարում CARE ծրագրում ընդգրկվելու պայմաններին, Դուք դեռեւս հնարավոր է իրավասու լինեք անդամակցելու FERA ծրագրին: FERA-ն առաջարկում է փոքր-ինչ ավելի ցածր ամսական էլեկտրական էներգիայի դրույքների զեղչ 3 կամ ավելի անդամ ունեցող ընտանիքների համար՝ CARE-ից ավելի բարձր եկամտի շրջանակներում:

Օճանոթացեք ստորև նշված CARE/FERA եկամուտների ուղենիշներին՝ պարզելու համար ընդգրկվելու Ձեր իրավունակությունը եւ անդամագրվեք՝ լրացնելով դիմումի ձեռք:

Դիմումի մեջ խնդրում ենք նշել

- Բոլոր իրավունակ հանրային օժանդակության ծրագրերը, որոնցից օգտվում եք Դուք կամ
- Ձեր ընտանիքի անդամներից որեւէ մեկը, կամ Ձեր ընտանիքի ընդհանուր եկամուտը:

Եկամտի չափը CARE եւ FERA ծրագրերին որակավորվելու համար		
Ուժի մեջ է 2024թ. հունիսի 1-ից մինչև 2025թ. մայիսի 31-ը		
Ընտանիքի անդամների թիվը	CARE ծրագիր Ընդհանուր տարեկան ընտանեկան եկամուտ*	FERA ծրագիր
1 կամ 2	\$40,880	Իրավունակ չէ
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
Յուրաքանչյուր լրացուցիչ անդամ, ավելացրեք	\$10,760	\$10,760 – \$13,450

* Ձեր ընտանիքի ընդհանուր համախառն եկամուտը հաշվարկելու համար, գումարեք ընտանիքի բոլոր անդամների կողմից ստացվող դրամը եւ ոչ-դրամական նպաստները (ներառեք աշխատավարձը, պետական վճառումները եւ նպաստները, ինչպես նաեւ ցանկացած այլ ֆինանսական աջակցություն):

Ինչպես դիմել՝

1. Դիմեք առցանց՝ sdge.com/care հասցեով
2. Ջանգահարեք մեր ավտոմատացված անդամագրման 1-877-646-5525 հեռախոսահամարով ցանկացած ժամի
3. Ուղարկեք լրացված դիմումները ֆաքսով՝ 858-636-5749
4. Ուղարկեք դիմումները փոստով՝ օգտվելով կցված ծրարից:

Հասցե՝ P.O. Box 129831
San Diego, CA 92112-9985

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք գրել billdiscount@sdge.com էլ. հասցեով կամ զանգահարել 1-800-411-7343 հեռախոսահամարով: Եթե խոսելու կամ լսելու | հետ կապված խնդիրներ ունեք, խնդրում ենք զանգահարել մեր TDD/TTY 1-877-889-7343 հեռախոսահամարով:

ՀԵՏԵՎՑԱԼ ԾՐԱԳՐԵՐԸ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԱՌԱՋԱՐԿԵԼ

SDG&E's Energy Savings Assistance Program

Տան էներգա խնայող անվճար բարեփոխումներ տանտերերի և վարձակալների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք sdge.com/energyassistance կամ զանգահարեք 1-866-597-0597 հեռախոսահամարով:



Low-Income Home Energy Assistance Program

Պետության կողմից հաշիվների վճարման աջակցություն եւ ջեռուցում ապահովող ծառայություններ: Ջանգահարեք Կոմունալ ծառայությունների եւ զարգացման բաժանմունք՝ 1-866-675-6623 հեռախոսահամարով, կամ հավաքեք 2-1-1՝ տեղական գործակալություն ուղեգրվելու համար:

SDG&E's Medical Baseline Allowance Program

Ավելի շատ էներգիա ամենացածր գներով առողջական խնդիրներ ունեցող հաճախորդների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք sdge.com/medicalbaseline կամ զանգահարեք 1-800-4117343 հեռախոսահամարով:

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

<<Account: #####>>

Office Use Only

CARE ԵՎ FERA ԴԻՍՈՒՄ

Օրագրի ուղեկցիներ (Կիրառելի են ինչպես u CARE, այնպես էլ FERA ծրագրերի համար):

- Դուք պետք է տեղեկացնեք SDGLE-ին, եթե այլևս չեք որակավորվում ծրագրի համար:
- Եթե Ձեզանից պահանջ են հաստատել Ձեր եկամուտը ծրագրում մնալու համար, Դուք պետք է բավարարեք պայմաններին:
- Էլեկտրաէներգիայի մեծ քանակությամբ օգտագործումը կարող է հանգեցնել ծրագրից հեռացման:
- Պահանջի դեպքում Դուք պետք է նորացնեք Ձեր անդամակցությունը, այլապես կհեռացվեք ծրագրից:
- Դուք չեք կարող ներառվել այլ անձի եկամտահարկի հայտարարագրի մեջ, եթե դա Ձեր ամուսինը չէ:
- Ձեր SDG&E® հաշիվը պետք է լինի Ձեր անունով, եւ հասցեն պետք է լինի Ձեր հիմնական բնակության հասցեն:
- Ձեր ընդհանուր ընտանեկան եկամուտը (Ձեր տանը բնակվող բոլոր անձանց համախառն եկամուտը), նախքան հանումները, պետք է լինի Ձեր ընտանիքի չափի համար աղյուսակում նշված եկամտի սահմաններում ԿԱՍ Ձեր ընտանիքը պետք է նպաստ ստանա հանրային օժանդակության ծրագրերից որևէ մեկից, որոնք նշված են դիմումի ձևի 2A վանդակում:

1	Ձեր անունը (ինչպես հաշվի վրա է)
	Տան հասցեն (փողոց/քաղաք/ինդեքս)
	SDG&E հաշվի համարը
	Ընտանիքի անդամների թիվը
2 A	Հանրային օժանդակության ծրագրեր Եթե Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը նպաստ է ստանում հանրային օժանդակության հետևյալ ծրագրերից մեկից, նշեք բոլոր համապատասխան վանդակները: Լրացրեք 24 կամ 2B բաժինները: Կարիք չկա լրացնելու երկու բաժինները: <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal ընտանիքների համար A եւ B <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) <input type="checkbox"/> CalFresh (սննդի կտրոններ)/SNAP <input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (միայն գեղային) <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance <input type="checkbox"/> CalWORKS (TANF) կամ գեղային TANF <input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)
	Եթե նշել եք այս բաժնի վանդակներից որևէ մեկը, անցեք բաժին 3-ին
կամ	Ընտանիքի եկամտի իրավունակություն (CARE կամ FERA ծրագրեր) Եթե Ձեր ընտանիքը չի մասնակցում վերոհիշյալ ծրագրերից որևէ մեկին, խնդրում ենք նշել ընտանեկան եկամտի բոլոր աղբյուրները ընտանիքի բոլոր անդամների համար եւ գրել Ձեր ընդհանուր եկամուտը համապատասխան վանդակում: <input type="checkbox"/> Աշխատավարձ եւ/կամ շահույթ սեփական գործից <input type="checkbox"/> SSP կամ SSDI <input type="checkbox"/> ՃԳործազրկության նպաստներ <input type="checkbox"/> Տնկույթ/շահաբաժիններ խնայողությունների, բաժնետոմսերի, պարտատոմսերի կամ կենսաթոշակի հաշիվներից <input type="checkbox"/> Հաշմանդամության կամ աշխատողների փոխհատուցման նպաստներ <input type="checkbox"/> Ապահովագրություն կամ իրավական կարգավորումներից ստացված գումարներ <input type="checkbox"/> Ամուսնու կամ երեխայի դրամական օգնություն <input type="checkbox"/> Կրթաթոշակներ, դրամաշնորհներ կամ կենսապահովման այլ կարգի օգնություն <input type="checkbox"/> Թոշակներ <input type="checkbox"/> Վարձույթի եկամուտ կամ հեղինակային վարձատրություն <input type="checkbox"/> ԷՍՈցիալական ապահովություն <input type="checkbox"/> Կանխիկ դրամ կամ այլ եկամուտ
	Ընդհանուր տարեկան ընտանեկան եկամուտ \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .00
3	Հայտարարություն (Ներդրում է կարգալ եւ ստորագրել ստորև) Իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ են եւ ստույգ: Ես համաձայն եմ եկամտի ապացույցներ տրամադրել պահանջի դեպքում: Ես համաձայն եմ SDGLE-ին տեղեկացնել, եթե գեղջ ստանալու իրավունք այլևս չունենամ: Եթե շարունակեմ օգտվել գեղջից առանց դրա իրավունքն ունենալու, ինձանից կարող են հետ պահանջել ստացված գեղջը: Ես հասկանում եմ, որ SDGLE-ն կարող է իմ տեղեկությունները տրամադրել կոմունալ այլ ծառայություններին կամ դրանց գործակալներին՝ իրենց օժանդակության ծրագրերում ինձ ընդգրկելու համար:
	Մտորագրություն՝ Ամսաթիվ՝
	Էլեկտրոնային հասցե՝ Հեռախոս՝ ()