



San Diego Gas & Electric Company
San Diego, California

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 22344-E

Canceling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 21870-E

SAMPLE FORMS

Sheet 1

FORM 142-732/11

Residential Rate Assistance Application (Arabic)

Form 142-732/11

(05/11)

(See Attached Form)

(Continued)

1C9

Advice Ltr. No. 2254-E

Decision No. _____

Issued by
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

Date Filed May 16, 2011

Effective Jun 1, 2011

Resolution No. E-3524

T

وفر حتى 35% من قيمة فاتورة SDGE®

يسهل التقدم للحصول على الدعم الخاص بفاتورة SDGE®. يوجد برنامجان لمساعدتك في توفير المبلغ المدفوع في فاتورتك الشهرية. وإذا كنت مؤهلاً، فسيتم إدراج اسمك ضمن أحد البرامج التالية:

CARE – توفير في الفاتورة الشهرية: يحصل المشتركون المدرجة أسماؤهم في هذا البرنامج على خصم بنسبة 35% على فاتورة SDGE.

FERA - تكلفة أقل للكهرباء: يحصل المشتركون المؤهلون على أسعار مخفضة لتكاليف الكهرباء وذلك في إطار مستوى معين من الاستخدام. حيث يمكن أن يكون دخل العائلات المؤهلة لـ FERA أعلى بقليل من دخل العائلات الحاصلة على CARE، إلا أن هذا البرنامج متوفر فقط للعائلات المشتملة على ثلاثة (3) أشخاص فأكثر.

هل أنت مؤهل؟

برامج المساعدة الحكومية: إذا كانت أسرتك تشترك في أي من برامج المساعدة الحكومية المدرجة في الطلب، يرجى الإشارة إلى ذلك في الجزء 2أ بتحديد تلك البرامج.

دخل الأسرة: إذا كان دخل أسرتك أقل من المبلغ الخاص بعدد أفراد أسرتك والمدرج في الجدول أدناه، فيرجى الإشارة إلى ذلك في الجزء 2ب من الطلب.

كيفية تقديم الطلب:

بالفاكس: 858-636-5749

أرسل هذه الاستمارة إلى:

San Diego Gas & Electric
Attn: CARE Program
PO Box 129831
San Diego, CA 92122-9831

قد توفر البرامج التالية مساعدات إضافية

Low-Income Home Energy Assistance

(LIHEAP) Program: برنامج مساعدة ممول من الولاية لدفع الفاتورة وخدمات مقاومة العوامل الجوية. يرجى الاتصال بقسم الخدمات الإجتماعية والتنمية على الرقم 1-866-675-6623، أو اتصل على الرقم 1-1-2 ليتم إحالتك إلى إحدى الهيئات المحلية.

**Energy Savings
Assistance Program**

California Lifeline / ULTS: خدمة هاتفية مخفضة للمشاركين الذين يحققون مستويات دخل مماثلة لـ CARE. لمزيد من المعلومات، اتصل بالشركة المزودة للخدمة الهاتفية في منطقتك.

SDGE's Energy Savings Assistance Program

تحسينات منزلية مجانية توفر الطاقة للملاك والمستأجرين. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة sdge.com/energyassistance أو الاتصال بالرقم: 1-866-597-0597

SDGE's Medical Baseline Allowance

program: برنامج يوفر المزيد من الطاقة للمشاركين ذوي الحالات المرضية بأقل الأسعار. ولمزيد من المعلومات يرجى زيارة sdge.com/medicalbaseline أو الاتصال بالرقم: 1-800-411-7343

تلتزم SDGE بابتكار طرق لمساعدتك على توفير الطاقة والنقود. إذا كانت لديك أية أسئلة، يرجى مراسلتنا بالبريد الإلكتروني على العنوان billdiscount@sdge.com أو الاتصال بالرقم 1-800-560-5551. إذا كانت لديك صعوبات في النطق أو السمع، يرجى الاتصال بهاتف الصم والبكم على الرقم: 1-877-889-7343 - هذا الخط متوفر 24 ساعة لمساعدتك.

طلب الاشتراك في برامج CARE و FERA

الدخل الأعلى المسموح *		عدد أفراد الأسرة
FERA	CARE	
غير مؤهل	31800 دولار	1 - 2
37401 - 46800 دولار	37400 دولار	3
45101 - 56400 دولار	45100 دولار	4
52801 - 66000 دولار	52800 دولار	5
60501 - 75600 دولار	60500 دولار	6
7700 دولار	7700 دولار	لكل عضو إضافي، أضف
بدءاً من 1 يونيو 2011 حتى 31 مايو 2012 *		

تعليمات البرنامج (ينطبق على البرنامجين CARE و FERA):

- عليك إبلاغ SDG&E إذا لم تعد مؤهلاً.
- قد يُطلب منك إثبات دخلك.
- يتعين عليك تجديد اشتراكك عندما يطلب منك ذلك.
- يجب ألا تكون مدرجاً على الاستمارة الضريبية لشخص آخر غير زوجتك.
- يجب أن تحمل فاتورة SDG&E اسمك وأن يكون عنوانك هو مقر إقامتك الأساسي.
- إذا كان أحد أفراد أسرتك يتلقى معونات من برامج المساعدات الحكومية المدرجة في الطلب، أو كان الدخل الحالي الكلي لأسرتك (الدخل الإجمالي لكافة الأشخاص الذين يعيشون في منزلك) قبل الحسم لا يزيد عن مستوى الدخل المبيّن في الرسم البياني.

		اسمك (كما هو في الفاتورة)		1
		عنوان المنزل (الشارع/المدينة/الرمز البريدي)		
		رقم حساب SDG&E		
المجموع:	أطفال:	بالغون:	عدد أفراد الأسرة الساكنين في المنزل	2
<p>برامج المساعدة الحكومية</p> <p>إذا كانت أسرتك تتلقى معونات من أي برنامج من برامج المساعدات الحكومية المدرجة أدناه، فيرجى وضع علامة في المربع المناسب.</p> <p> <input type="checkbox"/> برنامج التزويد بالطاقة لأصحاب الدخل المنخفض (LIHEAP) <input type="checkbox"/> الدخل الأمني التكميلي (SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKs(TANF) أو Tribal TANF </p> <p> <input type="checkbox"/> بداية الدخل المؤهلة (القبيلية فقط) <input type="checkbox"/> مكتب الشؤون الهندية للمساعدة العامة <input type="checkbox"/> برنامج النساء والأطفال والأطفال الرضع (WIC) <input type="checkbox"/> برنامج وجبات الغذاء في المدارس الوطنية (NSLP) </p> <p> <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - تحت عمر 65 <input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal - فوق عمر 65 <input type="checkbox"/> Healthy Families A & B <input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (Food Stamps) </p> <p>إذا لم تكن مشتركاً في أي من البرامج المدرجة أعلاه، يرجى إكمال الجزء 2ب أدناه</p>				
<p>التأهل وفقاً لدخل الأسرة</p> <p>يرجى وضع علامة في المربع المناسب بما يعكس كافة مصادر دخل أعضاء الأسرة جميعاً وكتابة دخل الأسرة الإجمالي في المساحة المخصصة أدناه.</p> <p> <input type="checkbox"/> تعويضات العاطلين عن العمل <input type="checkbox"/> المنح الدراسية أو الهبات أو غيرها من المساعدات لتغطية نفقات المعيشة <input type="checkbox"/> القوائد/الأرباح من المدخرات أو الأسهم أو السندات أو حسابات التقاعد <input type="checkbox"/> نفقة الزوج/الزوجة أو الأطفال <input type="checkbox"/> التأمين أو التسويات القانونية <input type="checkbox"/> مبالغ نقدية أو مصادر دخل أخرى </p> <p> <input type="checkbox"/> الأجر و/أو الدخل من الأعمال الحرة <input type="checkbox"/> الإيجارات أو حقوق الملكية <input type="checkbox"/> التعويضات <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> SSDI أو SSP <input type="checkbox"/> العجز أو تعويضات العاملين </p> <p>الدخل الإجمالي السنوي لجميع أفراد الأسرة: \$□□□,□□□□.00</p>				2ب
<p>تصريح: (يرجى القراءة والتوقيع أدناه)</p> <p>أقر بأن المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة. وأوافق على تقديم إثبات لدخلي إذا طلب مني ذلك. وأوافق على إخطار SDG&E في حال لم أعد مؤهلاً للحصول على التخفيض. وفي حالة استمراري في الحصول على التخفيض دون أن أكون مؤهلاً، فقد يطلب مني إعادة التخفيضات التي تلقيتها. ادرك بأن SDG&E الحق في إرسال بياناتي إلى جهات أخرى أو إلى وكلائها من أجل القيام بتسجيلي في برامج المعونات.</p> <p>التوقيع: _____ التاريخ: _____</p> <p>عنوان البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: () _____</p>				