



San Diego Gas & Electric Company
San Diego, California

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 18820-G

Canceling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 18244-G

SAMPLE FORMS

Sheet 1

FORM 142-732/19

Residential Rate Application (Thai)

Form 142-732/19

(05/11)

T

(See Attached Form)

(Continued)

1C10

Advice Ltr. No. 2035-G

Decision No. _____

Issued by
Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

Date Filed May 16, 2011

Effective Jun 1, 2011

Resolution No. E-3524



รับส่วนลดค่าบริการจาก SDG&E® สูงสุดถึง 35%

สมัครขอความช่วยเหลือจ่ายค่าบริการ SDG&E ได้ง่ายๆ เรามีโครงการสองโครงการให้คุณเลือกเพื่อช่วยคุณประหยัดค่าบริการรายเดือนของคุณ หากคุณมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ร่วมโครงการคุณจะได้ลงทะเบียนในโครงการใดโครงการหนึ่งต่อไปนี้:

CARE - มอบส่วนลดรายเดือน: ลูกค้าที่ลงทะเบียนจะได้รับส่วนลดรายเดือนมากที่สุดถึง 35% สำหรับค่าบริการจาก SDG&E

FERA - อัตราค่าไฟฟ้าที่ถูกลง: ลูกค้าที่ลงทะเบียนจะมีสิทธิได้รับอัตราค่าไฟฟ้าที่ถูกลงภายในระดับการใช้ไฟฟ้าระดับหนึ่งครัวเรือนที่มีสิทธิในการเข้าร่วม FERA สามารถมีรายได้มากกว่าครัวเรือนที่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ CARE เล็กน้อย แต่โครงการนี้มีให้เฉพาะแก่ครัวเรือนที่มีสมาชิกครอบครัวสาม (3) คนหรือมากกว่า

คุณมีสิทธิ์หรือไม่

โครงการสังคมสงเคราะห์: ถ้าครัวเรือนของคุณเข้าร่วมในโครงการสังคมสงเคราะห์ใดๆ ตามรายการที่ปรากฏในใบสมัครนี้ โปรดระบุในข้อ **2A** โดยการเลือกที่โครงการดังกล่าว

รายได้ของครัวเรือน: ถ้ารายได้ของครัวเรือนของคุณน้อยกว่าจำนวนที่ปรากฏในตารางสำหรับขนาดของครัวเรือนของคุณ โปรดระบุในข้อ **2B** ของใบสมัคร

วิธีการสมัคร:

ส่งฟอร์มนี้ทางไปรษณีย์ถึง:
San Diego Gas & Electric®
Attn: CARE Program
P.O. Box 129831
San Diego, CA 92122-983

ส่งแฟกซ์ถึง: 858-636-5749

โครงการต่อไปนี้อาจให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ท่านได้

SDG&E's Energy Savings Assistance Program
(โครงการความช่วยเหลือด้านการประหยัดพลังงานของ SDG&E) โครงการช่วยเหลือฟรีสำหรับปรับปรุงบ้านเพื่อการประหยัดพลังงานแก่เจ้าของบ้านและผู้เช่าบ้าน ท่านสามารถโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข 1-866-597-0597 หรือไปที่เว็บไซต์ sdge.com/energyassistance



Low-Income Home Energy Assistance Program (โครงการความช่วยเหลือด้านพลังงานในบ้านแก่ผู้มีรายได้น้อย) (LIHEAP): เงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายด้านพลังงานจากรัฐและบริการปรับปรุงอาคารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประหยัดพลังงาน ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่สำนักงานบริการและการพัฒนาชุมชน 1-866-675-6623 หรือโทร 2-1-1 สำหรับตัวแทนในท้องถิ่น

SDG&E's Medical Baseline Allowance program
(โครงการของ SDG&E ที่ให้ส่วนลดในราคาต่ำสุดสำหรับเหตุผลทางการแพทย์): มอบสิทธิในการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นในอัตราต่ำที่สุดแก่ลูกค้าที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ท่านสามารถโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข 1-800-411-7343 หรือไปที่เว็บไซต์ sdge.com/medicalbaseline

California Lifeline / ULTS (โครงการให้ส่วนลดบริการค่าโทรศัพท์แก่ครัวเรือนรายได้น้อยของรัฐแคลิฟอร์เนีย): มอบส่วนลดค่าบริการโทรศัพท์สำหรับผู้ให้บริการที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์เดียวกับผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ CARE ท่านสามารถโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จากผู้ให้บริการโทรศัพท์ในท้องถิ่นของท่าน

SDG&E มุ่งมั่นที่จะสร้างวิธีที่ช่วยให้คุณประหยัดพลังงานและเงิน หากคุณมีคำถามใดๆ โปรดส่งอีเมลไปที่ billdiscount@sdge.com หรือโทร 1-800-560-5551 หากคุณมีความบกพร่องด้านการพูดหรือการได้ยิน โปรดโทรไปที่หมายเลข TDD/TTY ของเราที่ 1-877-889-7343 ซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อความสะดวกของคุณ

(มีเนื้อหาต่อในหน้าหลัง)

ใบสมัคร CARE & FERA

คำแนะนำเกี่ยวกับโครงการ (ใช้กับทั้งผู้สมัครโครงการ CARE และ FERA):

- คุณต้องแจ้งให้ SDG&E ทราบหากคุณหมดสิทธิ์ในการเข้าร่วม
- คุณอาจถูกขอให้ยื่นรายได้ของคุณ
- คุณต้องต่ออายุการสมัครเมื่อได้รับแจ้งให้ต่ออายุ
- คุณต้องไม่ใช่สิทธิเป็นผู้อยู่ในความดูแลของบุคคลอื่นใดในการชำระภาษีเงินได้นอกเหนือจากของคุณสมรสของคุณ
- ใบเรียกเก็บเงินค่าบริการ SDG&E® ต้องอยู่ในชื่อคุณและที่อยู่ต้องเป็นที่อยู่หลักของคุณ
- ครั้วเรือนของคุณกำลังรับสิทธิประโยชน์จากโครงการสังคมสงเคราะห์ใดๆ ในรายการ 2A อยู่ หรือรายได้ปัจจุบันของครั้วเรือน (รายได้รวมของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของคุณ) ก่อนหักค่าใช้จ่ายต่างๆ ต้องไม่มากกว่าระดับรายได้ในตาราง

จำนวนของสมาชิกในครั้วเรือน	รายได้ต่อปีสูงสุดที่ได้รับสิทธิ*	
	CARE	FERA
1 - 2	\$31,800	ไม่มีสิทธิ
3	\$37,400	\$37,401 - \$46,800
4	\$45,100	\$45,101 - \$56,400
5	\$52,800	\$52,801 - \$66,000
6	\$60,500	\$60,501 - \$75,600
สมาชิกรายต่อๆ ไป เพิ่มอีกคนละ	\$7,700	\$7,700 - \$9,600

*มีผลวันที่ 1 มิ.ย. 2011 ถึง 31 พ.ค. 2012

1	<p>ชื่อของคุณ (ตามที่ปรากฏในใบเรียกเก็บเงิน)</p> <p>ที่อยู่ที่บ้าน (ถนน/เมือง/รหัสไปรษณีย์)</p> <p>หมายเลขบัญชี SDG&E</p> <p>จำนวนสมาชิกในครั้วเรือน <i>ผู้ใหญ่:</i> <i>เด็ก:</i> <i>รวม:</i></p>													
2A	<p>โครงการสังคมสงเคราะห์ ถ้าครั้วเรือนของคุณได้รับประโยชน์จากโครงการสังคมสงเคราะห์ใดๆ ต่อไปนี้ ให้ทำเครื่องหมายทุกโครงการที่เข้าร่วม</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal- ต่ำกว่า 65 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (เฉพาะชนเผ่า)</td> <td><input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal- สูงกว่า 65 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance</td> <td><input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Healthy Families A & B</td> <td><input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)</td> <td><input type="checkbox"/> CalWORKs(TANF) or Tribal TANF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (แสดมปีอาหาร)</td> <td><input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">ถ้าคุณไม่ได้เข้าร่วมโครงการใดๆ ข้างบนนี้ โปรดกรอกส่วน 2B ด้านล่าง</p>		<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal- ต่ำกว่า 65 ปี	<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (เฉพาะชนเผ่า)	<input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal- สูงกว่า 65 ปี	<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Healthy Families A & B	<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> CalWORKs(TANF) or Tribal TANF	<input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (แสดมปีอาหาร)	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)	
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal- ต่ำกว่า 65 ปี	<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (เฉพาะชนเผ่า)	<input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)												
<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal- สูงกว่า 65 ปี	<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)												
<input type="checkbox"/> Healthy Families A & B	<input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> CalWORKs(TANF) or Tribal TANF												
<input type="checkbox"/> SNAP/CalFresh (แสดมปีอาหาร)	<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP)													
2B	<p>เกณฑ์รายได้ของครั้วเรือน กรุณาทำเครื่องหมายที่หน้าแหล่งที่มาของรายได้ของครั้วเรือนทั้งหมดของสมาชิกทุกคนในครั้วเรือน และเขียนรายได้รวมไว้ในช่องว่างที่ให้ไว้</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ค่าแรงและ/หรือรายได้จากกิจการส่วนตัว</td> <td><input type="checkbox"/> เงินชดเชยการว่างงาน</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ค่าเช่าหรือค่าลิขสิทธิ์</td> <td><input type="checkbox"/> ทุนการศึกษา เงินช่วยเหลือ หรือเงินช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อประทังชีพ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เงินบำนาญ</td> <td><input type="checkbox"/> ดอกเบี้ย/เงินปันผลจากเงินออม ทุน พันธมิตร หรือเงินเกษียณอายุ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สวัสดิการสังคม</td> <td><input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือผู้สมรสและบุตร</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SSP หรือ SSDI</td> <td><input type="checkbox"/> เงินประกันหรือเงินชดเชยจากการชนเคตตีความ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เงินชดเชยสำหรับคนทำงานหรือผู้พิการ</td> <td><input type="checkbox"/> เงินสดหรือรายได้อื่นๆ</td> </tr> </table> <p>รายได้ปัจจุบันรวมของครั้วเรือน: \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .00</p>		<input type="checkbox"/> ค่าแรงและ/หรือรายได้จากกิจการส่วนตัว	<input type="checkbox"/> เงินชดเชยการว่างงาน	<input type="checkbox"/> ค่าเช่าหรือค่าลิขสิทธิ์	<input type="checkbox"/> ทุนการศึกษา เงินช่วยเหลือ หรือเงินช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อประทังชีพ	<input type="checkbox"/> เงินบำนาญ	<input type="checkbox"/> ดอกเบี้ย/เงินปันผลจากเงินออม ทุน พันธมิตร หรือเงินเกษียณอายุ	<input type="checkbox"/> สวัสดิการสังคม	<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือผู้สมรสและบุตร	<input type="checkbox"/> SSP หรือ SSDI	<input type="checkbox"/> เงินประกันหรือเงินชดเชยจากการชนเคตตีความ	<input type="checkbox"/> เงินชดเชยสำหรับคนทำงานหรือผู้พิการ	<input type="checkbox"/> เงินสดหรือรายได้อื่นๆ
<input type="checkbox"/> ค่าแรงและ/หรือรายได้จากกิจการส่วนตัว	<input type="checkbox"/> เงินชดเชยการว่างงาน													
<input type="checkbox"/> ค่าเช่าหรือค่าลิขสิทธิ์	<input type="checkbox"/> ทุนการศึกษา เงินช่วยเหลือ หรือเงินช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อประทังชีพ													
<input type="checkbox"/> เงินบำนาญ	<input type="checkbox"/> ดอกเบี้ย/เงินปันผลจากเงินออม ทุน พันธมิตร หรือเงินเกษียณอายุ													
<input type="checkbox"/> สวัสดิการสังคม	<input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือผู้สมรสและบุตร													
<input type="checkbox"/> SSP หรือ SSDI	<input type="checkbox"/> เงินประกันหรือเงินชดเชยจากการชนเคตตีความ													
<input type="checkbox"/> เงินชดเชยสำหรับคนทำงานหรือผู้พิการ	<input type="checkbox"/> เงินสดหรือรายได้อื่นๆ													
3	<p>คำแถลงการณ์: (โปรดอ่านและลงนามด้านล่าง) ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าระบุในเอกสารใบสมัครฉบับนี้ถูกต้องและเป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมแสดงหลักฐานยืนยันรายได้หากมีการร้องขอ ข้าพเจ้าตกลงจะแจ้ง SDG&E ทันทีที่ข้าพเจ้าขาดสถานภาพในการได้รับส่วนลดจากโครงการ ข้าพเจ้าตกลงว่า หากข้าพเจ้าได้รับส่วนลดโดยที่ข้าพเจ้าไม่ผ่านเกณฑ์ในการเข้าร่วมโครงการ ข้าพเจ้าอาจต้องจ่ายคืนส่วนลดที่ข้าพเจ้าได้รับ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า SDG&E สามารถเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ากับเจ้าหน้าที่หรือบริษัทสาธารณูปโภคอื่นๆ เพื่อลงทะเบียนข้าพเจ้าในโครงการช่วยเหลืออื่นๆ ได้</p> <p>ลายเซ็น: _____ วันที่: _____</p> <p>ที่อยู่อีเมล: _____ โทรศัพท์: () _____</p>													