

이 부분을 잘라낸 후 작성된 신청서를
밀봉하여 우편으로
Southern California Edison에 보내십시오.
우표는 붙이지 않아도 됩니다.

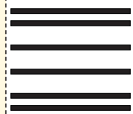
궁금한 점이 있으시면 다음 번호로
연락하시기 바랍니다:
1-800-628-3061 또는

신청인에게 자격이 있을 수 있는 다른 프로그램과
서비스:

에너지 절약 지원 프로그램 - 에너지 및 비용 절약에
도움이 되는 가정 에너지 절약 방법을 무료로
제공합니다. 자세한 내용은 **1-800-736-4777**로
문의하십시오.

의료 기본 요율 프로그램 - 특정 증세가 있는 고객에게
킬로와트시를 추가로 제공합니다. 자세한 내용은
1-800-655-4555로 문의하십시오.

저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)은 요금
납부지원, 긴급 요금 납부 지원, 에너지 효율 개선
서비스 등을 제공합니다. 자세한 내용은 지역 사회
서비스 개발국(Department of Community
Services and Development)에 **1-866-675-6623**
으로 문의하십시오.



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 84 ROSEMEAD CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**SOUTHERN CALIFORNIA EDISON
CARE / FERA PROGRAM
PO BOX 9527
AZUSA CA 91702-9954**



절약 전기 요금

자격이 되는지 알아보시고
오늘 등록하세요.
쉽습니다!

CARE 및 FERA 프로그램을 위한
소득지침을 확인해 보세요

요금 할인 신청서

신청서 전체를 작성하여 서명해야 합니다. 신청서는 **2022년 6월 1일부터 유효합니다.**

글씨를 알아보기 쉽게 써주십시오.

소스 코드(에디슨 전용)

____ - ____

Default code 0620-2000

1 고객 정보:

에디슨 서비스 계정 번호 _____

이름 (에디슨 고지서에 기재된 대로) _____

집 주소 _____

시 _____ 우편번호 _____

전화 _____ 유선 전화 휴대 전화

이메일 _____

가구 구성원의 수: _____ + _____ = _____

성인 아동 합계

본인은 다음을 확인합니다:

- 에디슨 고지서는 본인의 이름으로 되어 있습니다.
- 본인은 타인의 소득세 신고서에 부양가족으로 신고되지 않았습니다.
- 본인은 에디슨이 요청하면 신청서를 갱신하겠습니다.
- 본인에게 더 이상 이 요금 혜택 자격이 없다면 에디슨에 알려드립니다.
- 본인은 에디슨이 본인의 가구 소득을 확인할 권리가 있음을 알니다.

2 공공지원 프로그램 수혜 자격:

귀하나 귀하의 가족원 중 누구든지 다음 프로그램에 참여하고 있습니까? 참여 중이면 해당 프로그램(들)에 체크(✓) 표시하십시오.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 메디-칼/메디케이드 | <input type="checkbox"/> 가족용 Medi-Cal (Healthy Families A & B) | <input type="checkbox"/> 전국 학교 무상 급식 프로그램 (NSLP) |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP (푸드 스탬프) | <input type="checkbox"/> 저소득 주택에너지 지원 프로그램 (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> 인디언 업무일반 보조금 |
| <input type="checkbox"/> CalWorks (TANF)/부족 TANF | <input type="checkbox"/> 추가 사회보장 수입 (SSI) | <input type="checkbox"/> 헤드 스타트 소득 자격 (인디언 부족만 해당) |
| <input type="checkbox"/> 여성, 유아 및 어린이 대상 프로그램 (WIC) | | |

귀하가 이 항의 공공지원 프로그램 가운데 하나라도 참여 중이면 **건너뛰고 4항으로** 가십시오.

3 가구 소득 수혜자격:

귀하는 가구 소득이나 구성원의 수에 따라 **CARE**나 **FERA** 프로그램에 등록됩니다.

합산한 연간 가구 총소득 합계:

예: 현재 월소득 X 12개월 = 연간 가구소득

\$ _____, _____ .00

“가구 총 소득 (세금 전)”은 수입원의 종류를 불문하고 내 집에 사는 모든 사람이 각종 경비를 포함하여 생활비로 쓸 수 있는, 공제 전의 과세 및 비과세 대상인 모든 금전 및 현금인 아닌 혜택을 뜻합니다. 이는 다음에 열거한 예를 포함하나 이에 국한하지는 않습니다.

귀하의 가구 소득 수입원에 해당하는 것 모두에 체크(✓) 표시하십시오.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 임금 및/또는 자영업 수입 | <input type="checkbox"/> 장학금이나 보조금, 기타 생활비로 사용된 보조금 |
| <input type="checkbox"/> 사회보장금 | <input type="checkbox"/> 실업 급여 | <input type="checkbox"/> 보험 또는 법적 합의금 |
| <input type="checkbox"/> SSP 또는 SSDI | <input type="checkbox"/> 장애 급여 또는 근로자 산재 보상금 | <input type="checkbox"/> 배우자 부양비 또는 자녀 양육비 |
| <input type="checkbox"/> 저축이나 주식, 채권, 퇴직금 적립 | <input type="checkbox"/> 임대료 또는 저작권 사용료 소득 | <input type="checkbox"/> 현금 및/또는 기타 소득 |
| <input type="checkbox"/> 계약의 이자 또는 배당금 | | |

4 선언: (아래에 서명하고 날짜를 적으십시오)

본 신청서에 본인이 기입한 정보는 틀림이 없으며 정확합니다. 본인은 자격 요건을 입증하는 최근 증빙 서류 제공 요청을 언제든지 받을 수 있으며 처음에 할인 혜택을 받게된 방법에 상관 없이 요청 자료를 제공하는 데 동의합니다. 할인을 받을 수 있는 자격이 더 이상 없을 경우, 이를 Southern California Edison Company에 알릴 것을 동의합니다. 만일 해당 자격 없이 할인을 받을 경우, 본인이 수령한 할인금을 반환해야 할 수도 있음을 알고 있습니다. 본인은 SCE가 본인의 정보를 다른 유틸리티 회사 또는 그 대리인과 공유해 그들의 지원 프로그램에 본인을 등록시킬 수 있음을 알고 있습니다.

- 보호자 또는 피위임자
공증된 서류 사본을 제출하십시오.



고객 서명

날짜

본인은 제공한 정보가 정확함을 확인하며, 리베이트, 절약, 기타 저소득 자격 프로그램에 대해 Southern California Edison으로부터 또는 그를 대표하여 자동 다이얼 통보 기기(ATDS)나 미리 녹음된 메시지를 상기 번호로 전화를 받을 것에 동의합니다. 본인은 이 전화를 받는 것에 동의하는 이 소득 자격 프로그램 등록의 필수 요건이 아니며 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있음을 이해합니다.



캘리포니아 에너지 대체 요금(California Alternate Rates for Energy, CARE)은 유자격 고객에게 전기 요금을 매월 약 30% 할인하여 드리는 프로그램입니다.

가족 전기 요금 지원(Family Electric Rate Assistance, FERA)은 3인 이상의 유자격 가구에 매월 전기 요금 18%를 할인하여 드리는 프로그램입니다.

다음 두 가지 중 하나에 해당하면 자격이 됩니다.

- 고객 또는 가족 중 누구든지 정부 생계 보조 프로그램 중 최소한 하나에 참여하고 있으면 CARE 혜택을 받을 수 있습니다. (신청서의 섹션 2 참조)
- 또는
- 고객의 소득이 아래 도표에 기재된 소득 지침 자격 요건을 충족하는 경우에도 CARE나 FERA 혜택을 받을 수 있습니다.

CARE/FERA 프로그램

최대 가구 소득
2022년 6월 1일부터 유효

가구 구성원 수	합산한 연간 총 소득*	
	CARE	FERA
1-2	최대 \$36,620 까지	자격 없음
3	최대 \$46,060 까지	\$46,061 - \$57,575
4	최대 \$55,500 까지	\$55,501 - \$69,375
5	최대 \$64,940 까지	\$64,941 - \$81,175
6	최대 \$74,380 까지	\$74,381 - \$92,975
7	최대 \$83,820 까지	\$83,821 - \$104,775
8	최대 \$93,260 까지	\$93,261 - \$116,575
추가되는 1인당	최대 \$9,440 까지	\$9,440 - \$11,800

*모든 수입을 더한 현재 가구 총 소득 (세금 전)

위 도표와 신청서의 섹션 2에 있는 프로그램들을 검토하십시오. 자격이 된다고 생각하시면 다음과 같이 하시면 됩니다.

1. scc.com/careandfera에서 온라인으로 신청합니다.
2. 1-800-798-5723에 연락하여 전화로 신청합니다.
- 또는
3. 첨부된 신청서를 작성하여 보냅니다.

의문사항은 저희에게 문의하십시오.

(전화번호는 뒷면에 있습니다)

스티어블 글자



작성서를 붙여주세요.



태이프 글자