

# 에너지 지원 프로그램

## 이전의 '저소득층 공과금 할인 프로그램'(Low-Income Discount Program)

제한된 수입으로 인해 전기를 사용하는 데 도움이 필요한 고객에게 반가운 소식이 있습니다. 다음과 같은 정부 지원 프로그램의 혜택을 받고 계신 분은 매월 에너지 요금 할인을 받을 수 있습니다.

기관으로부터 다음 혜택의 수혜자로 저희에게 통지된 사람은 자동으로 등록됩니다.	다음 프로그램의 혜택만 받고 있는 분은 반드시 등록을 해야 합니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>— 가정 에너지 지원 프로그램(Home Energy Assistance Program, HEAP)</li> <li>— 보충 영양 지원 프로그램(이전에는 “푸드 스탬프”로 알려짐)(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) – NYC SNAP, Westchester SNAP</li> <li>— 생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI)</li> <li>— 다이렉트 벤더 또는 유틸리티 보증</li> <li>— 저소득가정 임시 재정지원 서비스 (Temporary Aid to Needy Families, TANF) – NYC TANF, Westchester TANF</li> <li>— 안전망 지원(Safety Net Assistance, SNA) – NYC SNA, Westchester SNA</li> </ul> <p><small>*공과금 고지서의 1페이지, 조정 정보에서 등록 상태를 확인할 수 있습니다.</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Medicaid</li> <li>— 연방 공공주택 지원</li> <li>— 재향군인 장애인 또는 유족 연금</li> <li>— 라이프라인 전화요금 감면 프로그램(Lifeline Telephone Service Program, Lifeline)</li> </ul> <p><b>부족 구역 거주자:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 인디언 업무 일반 보조국(Bureau of Indian Affairs General Assistance)</li> <li>— Head Start</li> <li>— 부족 TANF(인디언 부족에만 해당)</li> <li>— 인디언 보호지역에 대한 식량지원계획 (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDPIR)</li> </ul>

### 양식 및 필수 서류 제출 방법

1. conEd.com/EAP에서 온라인으로 에너지 지원 프로그램(Energy Affordability Program) 신청서를 작성하십시오.
2. 최소 한 개의 수혜 대상 프로그램에 참여하는 것을 증명하는 수급 통지서나 필수 문서를 함께 제공 부탁드립니다.
3. 신청서와 참여 증거 문서 사본을 이메일, 팩스 또는 우편으로 보내실 수 있습니다.

\*방문 센터에 오셔서 증거 서류를 제출하고 신청서를 작성할 수 있습니다.

**이메일:** EAP@conEd.com  
**팩스:** 1-212-844-0110  
**우편:** **Energy Affordability Program**  
 Con Edison, PA Central  
 4 Irving Place, 9 Floor, Box 34  
 New York, NY 10003



Tanpri fè yo tradwi mesaj enpòtan sa a.  
 Proszę o przetłumaczenie tej ważnej wiadomości.  
 Попросите перевести это важное сообщение.  
 이 중요 메시지를 번역해주시기 바랍니다.

請完成此重要訊息的翻譯。  
 Por favor, este mensaje debe traducirse.  
 يُرجى ترجمة هذه الرسالة الهامة.  
 ביטע זעצט איבער דעם וויכטיגן מעסעדזש.

## 에너지 지원 프로그램 신청

정부 지원 프로그램 혜택을 받으시는 분은 할인을 받을 자격이 될 수도 있습니다.  
이 양식을 작성하여 증거 서류와 함께 이메일, 팩스 또는 우편으로 저희에게 보내주시기 바랍니다.

고객 / 계정 소유자:	혜택 수급자, 고객과 다른 경우:
우편 주소:	아파트 / 호수, 해당 경우:
시:	주:                      우편번호:                      전화번호:
계정 번호:	이메일:

### 수혜 대상 지원 프로그램

등록되어 있는 지원 대상 프로그램을 선택해주시십시오. 이 할인 혜택을 받기 위해서는 최소 한 개의 프로그램에 등록이 되어 있어야 합니다.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP)                       | <input type="checkbox"/> 유틸리티 보증 / 다이렉트 벤더 프로그램               |
| <input type="checkbox"/> 라이프라인 전화요금 감면 프로그램(Lifeline)                | <input type="checkbox"/> 저소득가정 임시 재정지원 서비스(TANF)              |
| <input type="checkbox"/> 보충 영양 지원 프로그램(이전에는 “푸드 스탬프”로 알려짐)<br>(SNAP) | <input type="checkbox"/> 안전망 지원                               |
| <input type="checkbox"/> Medicaid                                    | <input type="checkbox"/> 인디언 업무 일반 보조국(인디언 부족에만 해당)           |
| <input type="checkbox"/> 재향군인 장애인 또는 유족 연금                           | <input type="checkbox"/> Head Start(인디언 부족에만 해당)              |
| <input type="checkbox"/> 생활 보조금(SSI)                                 | <input type="checkbox"/> 부족 TANF(인디언 부족에만 해당)                 |
| <input type="checkbox"/> 연방 공공주택 지원                                  | <input type="checkbox"/> 인디언 보호지역에 대한 식량지원계획<br>(인디언 부족에만 해당) |

### 자격 요건

고객이 위의 프로그램 중 하나에 참여하고 있음을 증명하기 위해서는 본인의 이름, 혜택 수급자(Benefit Qualifying Person, BQP)의 이름, 수혜 프로그램과 정부의 부족 단체의 명칭 또는 문서를 발급한 프로그램 관리자가 포함된 수급 통지서나 문서를 제출해야 합니다. 모든 문서는 지난 12개월 이내에 발급되었거나 향후 유효일자가 혜택 기간과 맞아야 합니다.

혜택 수급자의 이름이 Con Edison 계정의 이름과 다른 경우, 수급 통지서나 서류상의 주소가 계정의 주소와 동일한 경우에만 고객을 프로그램에 등록시킵니다.

### 고객/혜택 수급자 증명 및 승인

(고객이 수혜 대상 프로그램에 BQP의 등록을 근거로 신청하는 경우, 고객과 BQP 모두 아래에 서명해야 합니다.)

본인은 상기 정보가 틀림 없음을 증명합니다. 이 양식에 서명함으로써 본인은 Con Edison이 이 신청서나 이 프로그램용 문서에 기재된 정보를 제3자와 공유하고 검증하는 것을 허락합니다. 또한 제3자가 Con Edison이나 연방, 주, 또는 지방 정부의 대리인 또는 대행인에게 이 프로그램과 관련된 본인의 정보 또는 기록을 제공하는 것을 허락합니다. 이 정보는 본인의 신청 처리와 진행 중인 프로그램 참여 및 준수를 위해 공유될 수 있습니다. Con Edison과 제3자가 공유할 수 있는 정보:

- 본인의 신청, 프로그램 참여 및 자격에 관한 정보
- 유틸리티, 납부 이력, 취업 이력, 소득, 신청 상태에 관한 정보와 기록 및 혜택이나 유틸리티 지원의 수급 정보.

고객 서명:	날짜:	혜택 수급자 / 서명 (해당 경우)	날짜:
--------	-----	---------------------	-----