

ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL

Información y solicitud

¿Qué es una Asignación Médica Inicial?

La Asignación Médica Inicial proporciona un suministro de gas adicional para personas que padecen ciertas afecciones médicas. No es un descuento ni una devolución. Los clientes que participen en este programa recibirán 0.822 unidades therm adicionales por día, que se facturarán según la tarifa básica mínima.

Condiciones para la Asignación Médica Inicial

Para cumplir con las condiciones, usted o un residente de tiempo completo en su casa debe solicitar el servicio de calor adicional debido a una afección médica que cumpla con las condiciones para este beneficio. Por ejemplo, es posible que

reúna las condiciones si un residente de su casa padece de paraplejia, cuadriplejia, hemiplejia, esclerosis múltiple, esclerodermia, una enfermedad potencialmente mortal o tiene el sistema inmunitario comprometido.

¿Qué sucede si pago el gas natural al dueño de la propiedad?

Es posible que reúna las condiciones para la Asignación Médica Inicial, incluso si el dueño de la propiedad le factura el consumo de gas natural. El dueño deberá reflejar la asignación en su resumen de facturación.

¿Cómo solicito este beneficio?

Cualquier persona puede solicitar la Asignación Médica Inicial. Para hacerlo, debe completar la parte 1 de la solicitud adjunta. Luego,



procure que un médico complete la parte 2 de la solicitud, que certifique la necesidad del calor adicional debido a una afección médica. No olvide realizar una copia para tener constancia. Envíe la solicitud completa a la siguiente dirección:

Southern California Gas Company
 Medical Baseline Allowance Program
 M. L. GT12F1
 P.O. Box 513249
 Los Angeles, CA 90051-1249

Una vez que recibamos la solicitud, evaluaremos la información. Si cumple con las condiciones, podrá ver la Asignación Médica Inicial adicional reflejada en la factura. Deberá esperar que transcurra un ciclo de facturación completo para ver el cambio. Si se muda, debe notificar a Southern California Gas Company (SoCalGas®) para que la Asignación Médica Inicial se pueda transferir a la dirección nueva. Prestar asistencia a clientes con necesidades especiales es solo una de las formas en que nos esforzamos por brindar un servicio excepcional.

Para obtener más información, visite **socalgas.com** español (busque la palabra clave "MÉDICA") o llame al 1-800-342-4545.

欲知詳情，請洽 免費粵語專線: 1-800-427-1420

더 자세한 안내를 받으시려면 다음 한국어 전화로 문의해 주십시오:
 1-800-427-0471

欲知詳情，請洽 免費國語專線: 1-800-427-1429

Để biết thêm chi tiết bằng tiếng Việt, xin gọi:
 1-800-427-0478

Si necesita asistencia después del horario de atención en un idioma que no sea inglés o español, llame a nuestra línea de servicio de intérpretes en otros idiomas al 1-888-427-1345.

Los clientes con problemas auditivos que no puedan usar un teléfono convencional pueden llamarnos a nuestra línea gratuita 1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español).

Conserve una copia de la solicitud completa como constancia.



Southern
California
Gas Company

A Sempra Energy utility®

ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL

(Solicitud para inscripción y renovación de certificación)

Parte 1: para ser completada por el cliente (completar en letra de imprenta)

N.º DE CUENTA DEL CLIENTE DE SOCALGAS:

NOMBRE DEL CLIENTE (TAL COMO APARECE EN SU FACTURA):

NOMBRE DEL RESIDENTE BENEFICIARIO DE LA ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL (SI FUERA DIFERENTE):

DIRECCIÓN DEL SERVICIO:

DIRECCIÓN POSTAL DEL CLIENTE (SI FUERA DIFERENTE):

TELÉFONO PARTICULAR: ()

TELÉFONO ALTERNATIVO: ()

Para clientes a quienes se les factura mediante una tercera parte que no es The Gas Company (SoCalGas®):

NOMBRE DE LA CASA RODANTE O DEL COMPLEJO DE APARTAMENTOS:

DIRECCIÓN DEL COMPLEJO:

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL COMPLEJO:

TELÉFONO DEL COMPLEJO: ()

NOMBRE DEL INQUILINO:

TELÉFONO DEL INQUILINO: ()

(continúa)

Entiendo que:

- 1 Si el médico certifica que la afección médica del residente es permanente, SoCalGas solicitará que se complete un formulario que certifique en forma personal la elegibilidad permanente del residente para la Asignación Médica Inicial cada dos años.
- 2 Si el médico certifica que la afección médica del residente no es permanente, SoCalGas solicitará que se complete todos los años un formulario que certifique en forma personal la elegibilidad permanente del residente para la Asignación Médica Inicial y que se complete una solicitud nueva con la certificación del médico cada dos años.
- 3 Si el residente padece una discapacidad de la vista, puede comunicarse con SoCalGas para solicitar una notificación especial cuando se le envíe un formulario de renovación de certificación (para completar una solicitud nueva con la certificación de un médico) o un formulario de certificación personal.
- 4 SoCalGas no garantiza el servicio de gas sin interrupciones y, el residente es responsable de procurar un suministro alternativo en caso de un corte del servicio.

Certifico que la información anterior es correcta. Además, certifico que el residente que recibirá la Asignación Médica Inicial vive el tiempo completo en esta dirección, y requiere de la asignación o continúa con la necesidad de percibir tal asignación médica inicial. Acepto que SoCalGas verifique esta información. **También acepto notificar de inmediato a SoCalGas si el residente calificado se muda o ya no necesita de la asignación médica inicial.**

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted en caso de un corte de servicio programado o rotativo?**Seleccione solo una opción:**

- Llámenme al número que se indica a continuación
- Envíenme un mensaje de texto al número que se indica a continuación
- Comuníquense mediante TDD/TTY al número que se indica a continuación
- Envíenme un mensaje de correo electrónico a la dirección que se indica a continuación

NÚMERO O DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL CLIENTE:

FECHA:

La Asignación Médica Inicial estándar es de 0.822 unidades therm de gas natural por día, que se suman a la asignación inicial estándar diaria. Si esta asignación no satisface sus necesidades médicas, comuníquese con SoCalGas al 1-800-342-4545 para analizar cantidades adicionales. Los clientes con problemas auditivos que no puedan usar un teléfono convencional pueden llamarnos a nuestra línea gratuita al 1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español).

Parte 2: para ser completada por un médico licenciado en medicina (M.D.) o un médico osteópata (D.O.) autorizado

Certifico que la afección médica y las necesidades de mi paciente
(completar en letra de imprenta):

APELLIDO:

NOMBRE:

1. Requiere del uso de un equipo de apoyo vital*

(marque una opción) Sí No

Los siguientes equipos de apoyo vitales se utilizan en la casa del paciente antes mencionado:

EQUIPO:

ELECTRICIDAD

GAS

EQUIPO:

ELECTRICIDAD

GAS

EQUIPO:

ELECTRICIDAD

GAS

*Un equipo de apoyo vital es aquel que usa medios mecánicos o artificiales para sustentar, restablecer o suplantar una función vital. El equipo debe funcionar con gas natural suministrado por SoCalGas. Los equipos de tratamiento que no sean de apoyo vital, como piscinas y jacuzzis, no califican.

2. Requiere de calefacción y refrigeración:

Las Asignaciones Médicas Iniciales estándar están disponibles para la calefacción si el paciente está parapléjico, cuadripléjico, hemipléjico, tiene esclerosis múltiple o esclerodermia. Las Asignaciones Médicas Iniciales estándar también están disponibles si el paciente tiene el sistema inmunitario comprometido, padece una enfermedad potencialmente mortal o cualquier otra afección que requiera de **calor adicional porque es médicamente necesario para sustentar la vida de la persona o evitar el empeoramiento de la afección médica de la persona.**

Requiere de una Asignación Médica Inicial estándar para obtener calefacción: (marque una opción) Sí No

3. Certifico que el equipo de apoyo vital o la calefacción adicional será necesaria durante un tiempo aproximado de: (marque una opción) Cantidad de años _____ o En forma permanente

NOMBRE DEL MÉDICO:

N.º DE TELÉFONO: ()

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:

NÚMERO DE MATRÍCULA ESTATAL O MILITAR DE M.D./D.O. DE CALIFORNIA:

FIRMA DEL MÉDICO:

FECHA:

SOLO PARA USO DE SOCALGAS

Date Received: _____ Medical Baseline Allocation: _____ Electric unit(s) _____ Gas unit(s) _____

Recertification: Self-certify every two years Self-certify annually; doctor's certification every two years

ENVIAR LA SOLICITUD A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Southern California Gas Company
 Medical Baseline Allowance Program
 M. L. GT12F1
 P.O. Box 513249
 Los Angeles, CA 90051-1249



A  Sempra Energy utility[®]

Glad to be of service.[®]

1-800-427-2200
socialgas.com