

# 醫療基綫津貼

## 資訊及申請表

### 什麼是醫療基綫津貼？

醫療基綫津貼為具有某些醫療狀況的人群提供額外的瓦斯。這並非折扣或返利。參與此項計劃的客戶每天將額外獲得 0.822 千卡瓦斯，以我們的最低基綫費率收費。

### 醫療基綫津貼的獲取資格

要獲取津貼資格，您或您家中的一位全時段住戶必須因具有符合條件的醫療狀況而需要額外的供暖。例如，如果您家中的一位住戶患有截癱、四肢麻痺、半身不遂、多發性硬化、硬皮病、免疫系統受損、或某種危及生命的疾病，您就會有資格獲取津貼。

### 如果我是向房東支付天然瓦斯費用呢？

即使是您的房東向您收取天然瓦斯費用，您依然有資格獲取醫療基綫津貼。房東會將津貼顯示在您的帳單上。

### 我該如何申請？

任何人都可以申請醫療基綫津貼。如需申請，請完成隨附申請表的第 1 部份。然後，請一名醫生完成申請表的第 2 部份，以證明您是因為醫療狀況而需要額外的供暖。切勿忘記為您的檔案保留一份副本。將填寫完成的申請表郵寄到：

Southern California Gas Company  
醫療基綫優惠計劃  
M. L. GT12F1  
P.O. Box 513249  
Los Angeles, CA 90051-1249

我們一旦收到您的申請，就會審查申請表中的資訊。如果您符合條件，您將在您的帳單上看到額外的醫療基綫津貼。請等待一個完整的付款週期，以便我們完成變更。如果您搬家，您必須告知 Southern California Gas Company (SoCalGas®)，以使您的醫療基綫津貼轉移到新的地址。為具有特殊需求的客戶提供幫助只是我們努力提供優秀服務的方式之一。

如需更多資訊，請拜訪 [socialgas.com](http://socialgas.com)  
(搜索「MEDICAL」) 或致電  
1-800-427-2200。

Para una solicitud de Asignación Médica Inicial en español, por favor 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

如果您在辦公時間后需要英語或西班牙語以外的語言服務，請致電我們的語言翻譯服務熱線 1-888-427-1345。

無法使用常規電話的聽障客戶可以免費撥打 1-800-252-0259 聯絡我們 (僅支持英語及西班牙語)。

**請留存您申請表的完整副本備查。**





Southern  
California  
Gas Company

# 醫療基線津貼 (登記及重新證明申請表)

A Sempra Energy utility®

## 第 1 部份：由客戶填寫 (請用印刷體填寫)

SOCALGAS 客戶帳號：

客戶姓名 (與您帳單上的姓名一致)：

醫療基線住戶姓名 (如非客戶本人)：

服務地址：

客戶郵寄地址 (如非服務地址)：

住宅電話號碼：( )

備用電話號碼：( )

### 由非經 The Gas Company 收費的客戶填寫：

活動房屋或公寓大樓名稱：

公寓地址：

公寓管理人姓名：

公寓電話：( )

承租人姓名：

承租人電話：( )

### 我瞭解：

- 1 如果醫生證實該住戶的醫療狀況為永久性，SoCalGas 將要求每兩年填寫一份表格，以對住戶繼續有資格獲取醫療基線津貼提供自我證明。
- 2 如果醫生證實該住戶的醫療狀況為非永久性，SoCalGas 將要求每年填寫一份表格，以對該住戶繼續有資格獲取醫療基線津貼提供自我證明，同時每兩年需填寫一份帶有醫生證明的申請表。
- 3 如果住戶患有視覺殘疾，該住戶可以聯絡 SoCalGas，要求在郵寄重新證明 (用於填寫一份具有醫生證明的新申請) 或自我證明表格時獲得專門通知。
- 4 SoCalGas 不能保證不間斷的瓦斯服務，同時住戶有責任在發生瓦斯斷供時自行作出備用安排。

我確認以上資訊是正確的。我也確認享受醫療基線津貼的住戶全時段居住在該地址，並需要或繼續需要醫療基線津貼。我同意由 SoCalGas 核實這些資訊。我也同意在符合條件的住戶搬家或不再需要醫療基線津貼時立即告知 SoCalGas。

### 如果要進行計劃或輪流斷供時，您希望以什麼方式獲得聯絡？

只可選擇一項：

撥打以下號碼聯絡我

發送短消息至以下號碼

使用以下號碼用 TDD/TTY 聯絡我

使用以下地址給我發送電子郵件

號碼或電子郵件地址：

客戶簽名：

日期：

標準醫療基線津貼為每天 0.822 千卡天然瓦斯，附加到您日常的標準基線配給之中。如果津貼不能滿足您的醫療需要，請聯絡 1-800-427-2200 商討增加配給量。無法使用常規電話的聽障客戶可以免費撥打 1-800-252-0259 聯絡我們 (僅支持英語及西班牙語)。

**Part 2: To Be Completed by a Licensed Medical Doctor (M.D.) or Doctor of Osteopathy (D.O.)**

I certify that the medical condition and needs of my patient (please print):

LAST NAME:	FIRST NAME:
------------	-------------

**1. Requires use of a life-support device\*** (check one)  Yes  No

The following life-support device(s) is(are) used in the above-named patient's home:

DEVICE:	<input type="checkbox"/> ELECTRICITY	<input type="checkbox"/> GAS
DEVICE:	<input type="checkbox"/> ELECTRICITY	<input type="checkbox"/> GAS
DEVICE:	<input type="checkbox"/> ELECTRICITY	<input type="checkbox"/> GAS

\*Qualifying life-support equipment is any device which uses mechanical or artificial means to sustain, restore, or supplant a vital function. The device must run on natural gas supplied by SoCalGas. Devices used for therapy rather than life-support, such as pools and spas, do not qualify.

**2. Requires heating and cooling:**

Standard Medical Baseline Allowances are available for heating if patient is paraplegic, quadriplegic, hemiplegic, has multiple sclerosis or scleroderma. Standard Medical Baseline Allowances are also available if patient has a compromised immune system, life threatening illness, or any other condition for which **additional heating is medically necessary to sustain the person's life or prevent deterioration of the person's medical condition.**

**Requires standard Medical Baseline Allowance for heating:** (check one)  Yes  No

**3. I certify that the life-support device(s) and/or additional heating will be required for approximately:**  
 (check one)  No. of Years \_\_\_\_\_ or  Permanently

DOCTOR'S NAME:	PHONE NO.: ( )
OFFICE ADDRESS:	
M.D./D.O. CALIFORNIA STATE LICENSE OR MILITARY LICENSE NUMBER:	
SIGNATURE OF DOCTOR:	DATE:

**FOR SOCALGAS USE ONLY**

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

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