

# MEDICAL BASELINE ALLOWANCE

## 정보 및 신청

### Medical Baseline Allowance란?

Medical Baseline Allowance는 특정 의료 상태에 있는 분들에게 부가 가스를 제공합니다. 이것은 할인이나 환불이 아닙니다. 이 프로그램에 해당되는 고객은 하루에 추가로 0.822섬(therm)을 제공받으며, 비용은 당사의 최저 저율 요금으로 청구됩니다.

### Medical Baseline Allowance 자격

자격을 갖추려면 여러분 또는 여러분 가정의 상주자가 자격에 적합한 의료 상태로 인해 추가 난방을 필요로 해야 합니다. 예를 들어, 여러분 가정의 거주자가 양측 하지 마비, 사지 마비, 반신 불수, 다발성 경화증, 경피증, 면역 체계의 손상 또는 치명적인 질병에 걸린 경우 여러분은 자격 요건에 해당될 수 있습니다.

### 천연 가스 비용을 임대인에게 지불하는 경우 어떻게 됩니까?

임대인이 여러분에게 천연 가스 비용을 청구한 경우에도 Medical Baseline Allowance 자격 요건에 해당할 수 있습니다. 임대인이 대금 청구서에 공제액을 반영합니다.

### 신청 방법은 무엇입니까?

누구든지 Medical Baseline Allowance를 신청할 수 있습니다. 신청하려면 첨부된 신청서의 1부를 작성하십시오. 그런 다음, 의사에게 의학적 상태로 인해 추가 난방이 필요함을 입증하는 신청서의 2부를 작성하도록 요청하십시오. 파일 사본을 만들어 두시기 바랍니다. 작성한 신청서를 아래 주소로 우편으로 발송하십시오.

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

당사에서는 신청서 수령 후 정보를 검토합니다. 여러분이 자격 요건에 해당하는 경우 청구서에 추가 Medical Baseline Allowance가 표시됩니다. 변경 내용이 적용되려면 한 번의 대금 청구 주기가 지나야 합니다. 이사진 경우 Medical Baseline Allowance가 새 주소로 이전될 수 있도록 Southern California Gas Company (SoCalGas®)에 알려야 합니다. 특별한 필요가 있는 고객에게 도움을 제공하는 것은 당사가 우수한 서비스를 제공하기 위해 노력하는 한 가지 방법에 불과합니다.

자세한 내용은 [socialgas.com](http://socialgas.com) ("MEDICAL" 검색)을 참조하시거나 1-800-427-2200 으로 문의해 주십시오.

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

영업 시간 후 영어나 스페인어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하신 경우 당사 통역사 서비스 라인 1-888-427-1345로 문의해 주십시오.

일반 전화를 사용할 수 없는 청각 장애를 가진 고객은 무료 전화 1-800-252-0259로 문의하실 수 있습니다 (영어 및 스페인어로만 제공).

**작성한 신청서 사본은 기록을 위해 보관해 두시기 바랍니다.**





# MEDICAL BASELINE ALLOWANCE

(등록 및 재인증 신청서)

## 1 부: 고객 작성 (정자로 쓰십시오)

SOCALGAS 고객 계정 번호:

고객 이름(청구서에 표시된 대로 기재):

의료 저율 요금 거주자 이름(다른 경우):

서비스 주소:

고객 우편 주소(다른 경우):

주택 전화번호: (        )

대체 전화번호: (        )

### 가스 회사가 아닌 다른 사람에 의해 청구되는 고객의 경우:

이동 주택 또는 아파트 단지 이름:

단지 주소:

단지 관리자 이름:

단지 전화번호: (        )

세입자 이름

세입자 전화번호: (        )

### 아래 사항을 이해합니다:

- 1 의사가 거주자의 의료 상태를 영구적인 것으로 인정한 경우 SoCalGas는 2년마다 계속된 거주자의 Medical Baseline Allowance에 대한 적합성을 자체 인증하는 양식의 작성을 요구합니다.
- 2 의사가 거주자의 의료 상태를 영구적이지 않은 것으로 인정한 경우 SoCalGas는 매년 계속된 거주자의 Medical Baseline Allowance에 대한 적합성을 자체 인증하는 양식의 작성 및 2년마다 의사의 인증이 포함된 새 신청서의 작성을 요구합니다.
- 3 거주자가 시각 장애를 가진 경우 해당 거주자는 (의사의 인증이 포함된 새 신청서를 작성하기 위한) 재인증 또는 자체 인증 양식을 우편으로 발송할 때 SoCalGas에 문의하여 특별 통지를 요청할 수 있습니다.
- 4 SoCalGas는 미중단 가스 서비스를 보장할 수 없으며, 가스 중단 시 대체 수단을 마련하는 것은 거주자의 책임입니다.

상기 정보가 사실임을 인증합니다. 또한 Medical Baseline Allowance 거주자가 이 주소에 상주하며, Medical Baseline Allowance를 필요로 하거나 계속적으로 필요로 함을 인증합니다. SoCalGas가 이 정보를 확인할 수 있음에 동의합니다. 또한 자격 요건에 해당하는 거주자가 이사가거나 거주자가 더 이상 Medical Baseline Allowance를 필요로 하지 않게 되면 즉시 SoCalGas에 알릴 것에 동의합니다.

### 계획된 중단 또는 교대 중단이 발생할 경우 어떻게 연락을 드리면 되겠습니까?

#### 한 가지만 선택하십시오:

아래 번호로 전화

아래 번호로 문자 메시지 발신

아래 번호로 TDD/TTY로 연락

아래 주소로 이메일 발송

번호 또는 이메일:

고객 서명:

날짜:

표준 Medical Baseline Allowance는 하루에 천연 가스 0.822섬(therm)이며, 일일 표준 기저선 할당에 추가로 제공되는 것입니다. 이 허용량이 의학적 요구를 충족하지 않는 경우 1-800-427-2200으로 SoCalGas에 연락하여 추가 양에 대해 문의하십시오. 일반 전화를 사용할 수 없는 청각 장애를 가진 고객은 무료 전화 1-800-252-0259로 문의하실 수 있습니다(영어 및 스페인어로만 제공).

**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