

MEDICAL BASELINE ALLOWANCE

Impormasyon at Aplikasyon

Ano ang Medical Baseline Allowance?

Ang Medical Baseline Allowance ay nagbibigay ng karagdagang gas sa mga taong may ilang kondisyong medikal. Hindi ito isang diskwento o rebate. Ang mga kustomer sa programang ito ay tatanggap ng 0.822 na karagdagang therms kada araw, na sisingilin gamit ang aming pinakamababang singil na baseline.

Mga Kailangan para Makasali sa Medical Baseline Allowance

Upang makasali, kayo o ang isang ganap o full-time na residente o naninirahan sa inyong tahanan ay dapat na nangangailangan ng karagdagang init (heat) dahil sa isang kuwalipikadong kondisyong medikal. Halimbawa, kung ang isang residente sa inyong tahanan ay may paraplegia, quadriplegia, hemiplegia, multiple sclerosis, scleroderma, nakompromisong immune system o isang sakit na banta sa buhay.

Paano kung Binabayaran Ko ang Aking Kasera (Landlord) para sa Aking Natural Gas?

Maaari kang makasali sa Medical Baseline Allowance kahit pa sinisingil ka ng iyong kasera para sa iyong natural gas. Ipapakita ng kasera ang allowance sa iyong billing statement.

Paano Ako Mag-a-apply?

Kahit sino ay maaaring mag-apply sa Medical Baseline Allowance. Para makapag-apply, kumpletuhin ang Ika-1 Bahagi ng nakalakip na aplikasyon. Matapos nito, hilingin sa isang doktor na kumpletuhin ang Ika-2 Bahagi ng aplikasyon at patunayan ang pangangailangan para sa karagdagang init nang dahil sa kondisyong medikal. Huwag kalimutang magtabi ng isang kopya para sa inyong sarili. Ipadala ang aplikasyon sa pamamagitan ng koreo sa:

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

Kapag natanggap na namin ang inyong aplikasyon, pag-aaralan namin ang impormasyon. Kung kayo ay pumasa, makikita ninyo ang karagdagang Medical Baseline Allowance sa inyong bill. Mangyari lamang po na magpalipas ng isang buong billing cycle para sa naturang pagbabago. Kung kayo ay lilipat ng tirahan, maaari lamang pong ipagbigay-alam ninyo sa Southern California Gas Company (SoCalGas®) upang ang inyong Medical Baseline Allowance ay mailipat sa inyong bagong adres. Ang pagkakaloob ng tulong sa mga mamimiling may mga natatanging pangangailangan ay isa lamang paraan ng aming pagsusumikap na makapagbigay ng bukod-tanging serbisyo.

Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring magtungo lamang sa **socalgas.com** (search "MEDICAL") o tumawag sa 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

Kung kailangan ninyo ng tulong sa labas ng mga takdang oras sa ibang wika maliban sa Ingles o Espanyol, mangyaring tumawag lamang sa aming Language Interpreter Service Line sa 1-888-427-1345.

Ang mga mamimiling may problema sa pandinig at hindi makayanang gumamit ng pangkaraniwang telepono ay makakatawag sa amin ng libre sa 1-800-252-0259 (sa wikang Ingles at Espanyol lamang).

Mangyari lamang na magtabi ng isang nakumpletong kopya ng inyong aplikasyon para sa sarili ninyong rekord.





Southern
California
Gas Company

MEDICAL BASELINE ALLOWANCE

(Aplikasyon para sa Enrollment o Pagpapatala at Muling Pagsesertipika o Re-Certification)



Part 1: Kukumpletuhin Ng Kustomer (isulat po sa malalaking titik)

SOCALGAS CUSTOMER ACCOUNT NO:

PANGALAN NG KUSTOMER (AYON SA NAKASULAT SA INYONG BILL):

PANGALAN NG RESIDENTE NG MEDICAL BASELINE (KUNG IBA):

ADRES NG SERBISYO:

ADRES NG KUSTOMER KUNG SAAN IPAPADALA (KUNG IBA):

TELEPONO SA BAHAY: ()

ALTERNATIBONG TELEPONO: ()

Para Sa Mga Kustomer Na May Naniningil Na Iba Pa Maliban Sa Kompanya ng Gas:

PANGALAN NG TAHANANG GUMAGALAW O MOBILE HOME O APARTMENT COMPLEX:

ADRES NG COMPLEX:

PANGALAN NG MANAGER NG COMPLEX:

TELEPONO NG COMPLEX: ()

PANGALAN NG NAKATIRA:

TELEPONO NG NAKATIRA: ()

Naiintindihan ko na:

- 1 Kung papatunayan ng doktor na ang kondisyong medikal ng residente ay permanente, hihingin ng SoCalGas na kumpletuhin ang pormularyo kung saan ang residente mismo ang magpapatunay ng patuloy niyang pagiging karapat-dapat sa Medical Baseline Allowance kada dalawang taon.
- 2 Kung papatunayan ng doktor na ang kondisyong medikal ng residente ay hindi permanente, hihingin ng SoCalGas na kumpletuhin ang pormularyo kung saan ang mga residente mismo ang magpapatunay ng patuloy niyang pagiging karapat-dapat na makatang-gap ng Medical Baseline Allowance kada taon at ang pagkumpleto ng bagong pagpapatunay ng doktor kada dalawang taon.
- 3 Kung ang residente ay may problema sa mata, maaaring makipag-ugnayan lamang ang residente sa SoCal Gas upang humiling ng katangi-tanging pahintulot para muling pagpapatunay (upang makapagkumpleto ng bagong pagpapatunay ng isang doktore) o mga pormularyo para sa sariling pagpapatunay ang ipadala na sa koreo.
- 4 Hindi magagarantiyahan ng SoCalGas ang walang patid na serbisyo ng gas, at ang residente ang may responsibilidad na magsaayos ng mga kaukulang alternatibong aksyon kung sakaling maubusan o mawalan ng gas (outage).

Pinatutunayan ko na ang mga impormasyong nasa itaas ay wasto. Pinatutunayan ko rin na ang residenteng may Medical Baseline Allowance ay ganap o full-time na naninirahan sa adres na ito, at nangangailangan siya o patuloy na mangangailangan ng medical baseline allowance. Sang-ayon din ako na payagan ang SoCalGas na berepikahin ang impormasyong ito. **Sang-ayon din ako na agad kong pasasabihan ang SoCalGas kung ang kwalipikadong residente ay lumipat o kung ang medical baseline allowance ay hindi na kakailangananin pa ng residente.**

Sa paanong paraan mo gustong makipag-ugnayan sa iyo ang SoCalGas kung sakaling may isang nakatakda o umiikot na pagkawala ng gas o outage?

Pumili lamang ng isa:

Tawagan ako sa numero sa ibaba

Padalhan ako ng text sa numero sa ibaba

Makipag-ugnayan sa akin sa pamamagitan ng TDD/TTY sa numero sa ibaba

Padalhan ako ng email sa adres sa ibaba

NUMERO O EMAIL:

PIRMA NG KUSTOMER:

PETSA:

Ang pamantayang medical baseline allowance ay 0.822 therms ng natural gas kada araw, na dagdag pa sa inyong pamantayang alokasyon sa baseline. Kung ang allowance na ito ay hindi makatutugon sa inyong mga pangangailangang medikal, mangyaring makipag-ugnayan sa SoCalGas sa 1-800-427-2200 upang matalakay ang mga karagdagang halaga. Ang mga mamimiling may problema sa pandinig at hindi makayanang gumamit ng pangkaraniwang telepono ay maaaring kaming tawagan ng libre sa 1-800-252-0259 (sa wikang Ingles at Espanyol lamang).

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