

ĐỊNH MỨC CHƯƠNG TRÌNH MEDICAL BASELINE (Y TẾ CĂN BẢN)

Thông Tin và Mẫu Đơn

Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) là gì?

Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) cung cấp gas thêm cho người có một số bệnh trạng. Đây không phải là khoản tiền giảm giá hay hoàn lại. Khách hàng trong chương trình này sẽ được hưởng thêm 0,822 đơn vị nhiệt (therms) một ngày, tính ở mức giá căn bản thấp nhất trên hóa đơn.

Hội Đủ Điều Kiện Hưởng Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản)

Để hội đủ điều kiện, quý vị hoặc một người thường trú trong nhà quý vị phải cần thêm nhiệt sưởi ấm vì một bệnh trạng hội đủ điều kiện. Ví dụ, quý vị có thể hội đủ điều kiện nếu một người trong nhà của quý vị bị bệnh liệt, liệt tứ chi, liệt nửa người, chứng đa xơ cứng, chứng xơ cứng da, có hệ miễn dịch kém hoặc bị một chứng bệnh đe dọa tới tính mạng.

Nếu Tôi Trả Tiền Gas Tự Nhiên qua Chủ Nhà thì sao?

Quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) ngay cả khi chủ nhà gửi hóa đơn gas tự nhiên cho quý vị. Chủ nhà sẽ ghi rõ định mức này trên hóa đơn của quý vị.

Tôi Nộp Đơn Như Thế Nào?

Bất cứ ai cũng có thể nộp đơn xin hưởng Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản). Để nộp đơn, xin điền đầy đủ vào phần 1 của mẫu đơn kèm theo đây. Tiếp theo, nhờ bác sĩ điền đầy đủ vào Phần 2 của mẫu đơn để xác nhận nhu cầu cần thêm nhiệt để sưởi vì có bệnh trạng. Xin đừng quên sao lại một bản hồ sơ của quý vị. Xin gửi đơn qua bưu điện đến:

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

Khi chúng tôi nhận được đơn của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thông tin. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, quý vị sẽ thấy mục Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) bổ sung trên hóa đơn của mình. Xin vui lòng chờ đủ một chu kỳ trả hóa đơn để có thay đổi này. Nếu quý vị dọn nhà đi chỗ khác, quý vị phải thông báo cho Southern California Gas Company (SoCalGas) để chuyển Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) đến địa chỉ mới cho quý vị. Hỗ trợ khách hàng có nhu cầu đặc biệt chỉ là một cách mà chúng tôi cố gắng để cung cấp dịch vụ xuất sắc cho quý vị.

Để biết thêm thông tin, xin ghé thăm trang mạng socialgas.com (tìm "MEDICAL") hoặc gọi số 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

Nếu quý vị cần trợ giúp sau giờ làm việc bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc tiếng Tây Ban Nha, xin vui lòng gọi Đường Dịch Vụ Thông Dịch của chúng tôi tại số 1-888-427-1345.

Khách hàng lãng tai không thể sử dụng điện thoại thường có thể gọi cho chúng tôi ở số điện thoại miễn phí tại 1-800-252-0259 (chỉ có bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha).

Xin giữ lại một bản sao của đơn xin trong hồ sơ của quý vị.





Southern
California
Gas Company

ĐỊNH MỨC CHƯƠNG TRÌNH MEDICAL BASELINE (Y TẾ CĂN BẢN)

(Đơn Ghi Danh và Tái Xác Nhận)



Phần 1: Khách Hàng Điền Đầy Đủ (xin viết bằng chữ in)

SỐ TRƯỞNG MỤC SOCALGAS:

TÊN KHÁCH HÀNG (NHƯ GHI TRÊN HÓA ĐƠN):

TÊN CƯ DÂN ĐƯỢC HƯỞNG ĐỊNH MỨC CHƯƠNG TRÌNH MEDICAL BASELINE (Y TẾ CĂN BẢN (NẾU KHÁC):

ĐỊA CHỈ DỊCH VỤ:

ĐỊA CHỈ NHẬN THƯ (NẾU KHÁC):

ĐIỆN THOẠI NHÀ: ()

ĐIỆN THOẠI KHÁC: ()

Dành cho Khách Hàng Không Nhận Hóa Đơn Trực Tiếp từ The Gas Company

TÊN KHU NHÀ DI ĐỘNG HOẶC TÒA CHUNG CƯ:

ĐỊA CHỈ TÒA NHÀ:

TÊN CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ TÒA NHÀ:

SỐ ĐIỆN THOẠI TÒA NHÀ: ()

TÊN CỦA NGƯỜI THUÊ NHÀ ĐỂ Ở:

ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI THUÊ NHÀ ĐỂ Ở: ()

Tôi hiểu rằng:

- 1 Nếu bác sĩ xác nhận rằng bệnh trạng của cư dân là vĩnh viễn, SoCalGas sẽ đòi hỏi điền đầy đủ một bản tự xác nhận rằng cư dân tiếp tục hợp lệ được hưởng Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) mỗi hai năm.
- 2 Nếu bác sĩ xác nhận rằng bệnh trạng của cư dân không phải là vĩnh viễn, SoCalGas sẽ đòi hỏi điền đầy đủ một bản tự xác nhận rằng cư dân tiếp tục hợp lệ được hưởng Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) mỗi năm và điền đầy đủ một đơn mới có xác nhận của bác sĩ mỗi hai năm.
- 3 Cư dân là người khiếm thị có thể liên lạc với SoCalGas yêu cầu được nhận thông báo đặc biệt khi gửi đơn tái xác nhận (để điền đơn mới có xác nhận của bác sĩ) hoặc đơn tự xác nhận.
- 4 SoCalGas không thể đảm bảo dịch vụ gas không bị gián đoạn, và cư dân có trách nhiệm sắp xếp phương tiện thay thế khác trong trường hợp bị cúp gas.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác. Tôi cũng xác nhận rằng cư dân hưởng Định Mức Chương Trình Medical Baseline (Y Tế Căn Bản) là người sinh sống thường xuyên tại địa chỉ này, và cần hoặc tiếp tục cần được hưởng định mức theo chương trình y tế căn bản. Tôi đồng ý cho SoCalGas kiểm tra thông tin này. **Tôi cũng đồng ý thông báo ngay cho SoCalGas nếu cư dân hội đủ điều kiện dọn đi ở nơi khác hoặc người đó không cần được hưởng định mức theo chương trình y tế căn bản nữa.**

Quý vị muốn được liên lạc bằng cách nào trong trường hợp có kế hoạch cúp gas hay cúp gas luân phiên?

Chỉ chọn một:

Hãy gọi cho tôi theo số điện thoại dưới đây

Gửi tin nhắn cho tôi ở số dưới đây

Liên lạc với tôi qua máy điện văn TDD / TTY tại số dưới đây

Gửi email cho tôi tại địa chỉ dưới đây

SỐ HOẶC EMAIL:

CHỮ KÝ CỦA KHÁCH HÀNG:

NGÀY:

Định mức tiêu chuẩn của chương trình y tế căn bản là 0,822 therms gas tự nhiên mỗi ngày, thêm vào số chỉ định tiêu chuẩn hàng ngày của quý vị. Nếu định mức này không đáp ứng các nhu cầu y tế của quý vị, xin vui lòng liên lạc với SoCalGas tại số 1-800-427-2200 để thảo luận về các khoản bổ sung. Khách hàng lằng tai không thể sử dụng điện thoại thường có thể gọi cho chúng tôi ở số miễn phí 1-800-252-0259 (chỉ có bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha).

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