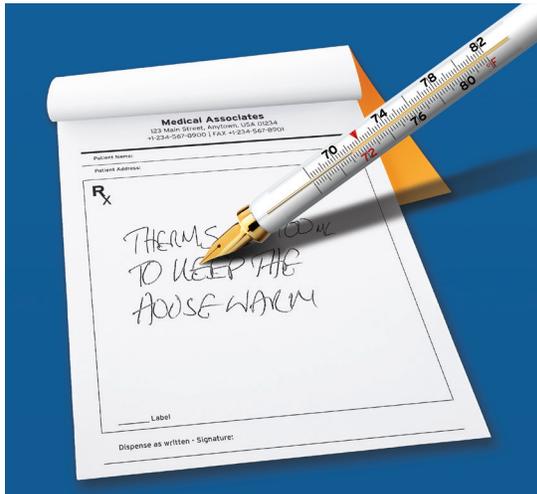




A Sempra Energy utility

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 de ciertas condiciones 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 paraplejía, cuadriplejía, hemiplejía, 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 condición médica. **No olvide realizar una copia para tener constancia.** Envíe la solicitud completa a la siguiente dirección:

SoCalGas
Programa de Asignación Médica Inicial
M. L. GT19A1
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 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 (busque la palabra clave "MÉDICA") o llame al 1-800-342-4545.

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.



| 1-800-342-4545 |

socialgas.com





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)

No. 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 Southern California Gas Company:

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: ()

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 reciba 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:

- Llámame al número que se indica a continuación
- Envíeme 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).**

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):

PATIENT'S 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. 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: SoCalGas
 Medical Baseline Allowance Program
 M. L. GT19A1
 P.O. Box 513249
 Los Angeles, CA 90051-1249