

# 醫療基綫優惠

## 資訊與申請



### 什麼是醫療基綫優惠？

醫療基綫優惠計劃為有特定醫療狀況的 SoCalGas® 客戶提供額外天然瓦斯以幫助房屋保暖。這不是折扣或返利。我司每天為參與此計劃的客戶額外分配 0.822 千卡天然瓦斯，以最低基綫費率計費。

### 資格要求：

若要符合資格，您或您家中全天在家的居民必須由於符合條件的醫療狀況需要額外熱量。例如，如果您家中的居民患有半身癱瘓、四肢癱瘓、偏癱、多發性硬化癥、硬皮病、免疫系統缺陷或危及生命的疾病，則您可能符合資格。**資格與收入無關。**

### 如果我向房東支付天然瓦斯費，該怎麼做呢？

即使房東收取天然瓦斯費，您可能也有資格享受醫療基綫優惠。房東會在帳單中反映出該優惠。

### 如何申請呢？

若要申請，填寫隨附申請的第 1 部分。然後，讓醫療服務提供者填寫申請的第 2 部分，證明由於醫療狀況需要額外熱量。醫療服務提供者包括執業醫生 [M.D.]、骨科醫生 [D.O.]、執業護士 [N.P.] 或助理醫師 [P.A.]。我們接受醫療服務提供者的電子簽名。不要忘了將檔案影印一份。

### 將填好的申請郵寄至：

SoCalGas  
Medical Baseline Allowance Program  
M. L.GT19A1  
P.O.Box 513249  
Los Angeles, CA 90051-1249  
傳真：213-244-4665

一旦我們收到您的申請，我們將審核相關資訊。如果您符合資格，可以在帳單上看到額外優惠。發生變更需要一個完整的帳單週期。如果您搬家，務必通知 SoCalGas® 以便將優惠轉移至您的新地址。為有特殊需求的客戶提供幫助只是我們努力使天然瓦斯保持價格低廉的方式之一。

### 如果我需要幫助，該怎麼做呢？

如果您需要英語和西班牙語以外語言的幫助，請致電我們的語言翻譯服務熱線 888-427-1345。

無法使用傳統電話的聽障客戶可以撥打免費電話 800-252-0259 聯絡我們（僅限英語和西班牙語）。

### 有關更多資訊

請造訪 [socalgas.com/Medical](http://socalgas.com/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

**請保留一份填好的申請作為記錄。**



# 申請註冊 和重新認證



## 第 1 部分由客戶填寫（正楷）

SoCalGas 客戶帳號：	
客戶姓名（帳單上顯示的姓名）：	
醫療基綫優惠居民姓名（若不同）：	
服務地址：	
客戶郵寄地址（若不同）：	
住宅電話：（    ）	備選電話：（    ）

### 對於非 SOCALGAS 收費的客戶：

活動房屋或公寓大樓名稱：	
大樓地址：	
大樓經理姓名：	大樓電話：（    ）
租戶姓名：	租戶電話：（    ）

### 我理解：

- 1 如果醫療服務提供者證明該居民的醫療狀況是永久性的，則 SoCalGas 要求每兩年填寫一次表單，以自行證明居民有繼續享有醫療基綫優惠的資格。
- 2 如果醫療服務提供者證明該居民的醫療狀況不是永久性的，則 SoCalGas 要求每年填寫一次表單，以自行證明居民有繼續享有醫療基綫優惠的資格，並每兩年填寫一次附有醫療服務提供者證明的新申請。
- 3 如果居民有視力障礙，則居民可聯絡 SoCalGas 要求在重新認證（填寫有醫療服務提供者證明的新申請）或郵寄自我認證表時傳送特殊通知。
- 4 SoCalGas 無法保證天然瓦斯的供應不中斷，居民負責在天然瓦斯供應中斷時做出替代安排。

本人證明上述資訊正確無誤。本人同時證明該醫療基綫優惠居民全在此地址居住，需要或繼續需要醫療基綫優惠。本人同意允許 SoCalGas 核實此資訊。本人同時同意如果符合資格的居民搬家或該居民不再需要醫療基綫優惠時立即通知 SoCalGas。

### 在計劃或輪轉供應中斷時，您希望我們如何聯絡您？

僅選取一項：	
<input type="checkbox"/> 使用下列號碼給我打電話	<input type="checkbox"/> 使用下列號碼向我傳送簡訊
<input type="checkbox"/> 使用下列號碼透過 TDD/TTY 聯絡我	<input type="checkbox"/> 使用下列地址向我傳送電子郵件

號碼或電子郵件：	
客戶簽名：	日期：

標準醫療基綫優惠是在每日標準基綫分配之外另外分配 0.822 千卡天然瓦斯。如果此優惠不能滿足您的醫療需求，請聯絡 SoCalGas 討論額外瓦斯量，電話號碼 1-800-427-2200。無法使用傳統電話的聽障客戶可以撥打免費電話 1-800-252-0259 聯絡我們（僅限英語和西班牙語）。

**第 2 部分由醫療服務提供者填寫（執業醫生 [M.D.]、骨科醫生 [D.O.]、執業護士 [N.P.]或助理醫師 [P.A.]）**

本人證明下列病患的醫療狀況和需求（正楷）：

病患姓氏：

名字：

**1. 需要使用生命支援裝置\***（勾選一項）  是  否

上述病患家中使用下列生命支援裝置：

裝置：

 電 天然瓦斯

裝置：

 電 天然瓦斯

裝置：

 電 天然瓦斯

\*符合條件的生命支援設備是使用機械或人工手段來維持、恢復或取代生命機能的任何裝置。該裝置必須依賴 SoCalGas 供應的天然瓦斯運轉。**用於治療而非用於生命支援的裝置（例如泳池和水療池）不符合條件。**

**2. 需要供暖和供冷：**

如果病患半身癱瘓、四肢癱瘓、偏癱、患有多發性硬化癥或硬皮病，則可使用標準醫療基綫優惠進行供暖。如果病患患有免疫系統缺陷、危及生命的疾病或在**醫學上需要額外供暖才能維持此人生命或防止此人醫療狀況惡化**的任何其他狀況，則也可使用標準醫療基綫優惠。

需要標準醫療基綫優惠進行供暖：（勾選一項）  是  否**3. 本人證明該生命支援裝置和/或額外供暖大約需要使用：**（勾選一項）  年數 \_\_\_\_\_ 或  永久

醫療服務提供者姓名：

電話號碼：（      ）

辦公地址：

M.D./D.O./N.P./P.A.州執照或軍用執照號碼：

醫療服務提供者簽名：

日期：

**僅限 SOCALGAS 使用**

接收日期：\_\_\_\_\_ 醫療基綫分配：\_\_\_\_\_ 電單位 \_\_\_\_\_ 瓦斯單位 \_\_\_\_\_

重新認證：  每兩年自我認證一次  每年自我認證一次；醫療服務提供者每兩年提供一次證明

將申請郵寄至： SoCalGas  
 Medical Baseline Allowance Program  
 M. L. GT19A1  
 P.O. Box 513249  
 Los Angeles, CA 90051-1249  
 傳真：213-244-4665