

의료 기준 할당 정보 및 신청서



의료 기준 할당이란 무엇입니까?

의료 기준 할당 프로그램은 특정 의학적 상태를 가진 SoCalGas® 고객에게 집을 따뜻하게 유지할 수 있도록 천연 가스를 추가로 제공합니다. 이는 할인 또는 리베이트가 아닙니다. 이 프로그램의 고객은 최저 기준 고지서 요금을 기준으로 하루 0.822섬(therm: 열량 단위)을 추가로 받게 됩니다.

자격 요건

자격을 갖추려면 귀하 또는 귀하의 집에 상주하는 거주자가 자격에 해당하는 의학적 상태로 인해 추가 난방이 필요해야 합니다. 예를 들어, 거주자가 하반신 마비, 사지 마비, 편마비, 다발성 경화증, 경피증, 손상된 면역 체계 또는 생명을 위협하는 질병이 있는 경우 자격이 될 수 있습니다. **자격은 소득에 근거하지 않습니다.**

임대인에게 천연가스 비용을 지급하고 있다면 어떻게 됩니까?

임대인이 천연가스 비용을 귀하에게 청구하더라도 귀하는 의료 기준 할당을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 임대인은 할당량을 귀하의 청구서에 반영할 것입니다.

어떻게 신청합니까?

신청하려면 첨부된 신청서의 파트 1을 작성하십시오. 그리고 의료 서비스 제공자가 신청서의 파트 2를 작성하여 의학적 상태로 인하여 추가 난방이 필요함을 입증하도록 하십시오. 의료 서비스 제공자에게는 면허가 있는 의사 [M.D.], 정골 의사 [D.O.], 전문 간호사 [N.P.] 또는 의사 보조사 [P.A.]를 포함합니다. 당사는 의료 서비스 제공자의 전자 서명을 인정합니다. 신청서 사본을 보관하십시오.

작성이 완료된 신청서는 다음 주소로 우송하십시오:

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

팩스: 213-244-4665

당사는 신청서가 접수되면, 정보를 검토할 것입니다. 귀하가 자격이 되는 경우, 요금 고지서에 추가 할당이 표시될 것입니다. 변경 내역이 반영되기까지는 한 번의 요금 청구 주기가 소요됩니다. 이사를 하는 경우, 할당이 새 주소로 이전될 수 있도록 SoCalGas®에 통지하여야 합니다. 특별한 도움이 필요한 고객에게 지원을 제공하는 것은 천연가스를 저렴하게 공급하기 위한 당사 노력의 일환입니다.

도움이 필요하면 어떻게 합니까?

영어나 스페인어 이외의 언어로 도움이 필요한 경우, 당사의 언어 통역 서비스 라인 888-427-1345로 전화하십시오.

일반 전화를 사용할 수 없는 청각 장애인 고객은 무료로 800-252-0259(영어 및 스페인어로만 제공)로 전화하십시오.

상세 정보

socialgas.com/Medical 을 방문하거나 1-800-427-2200으로 전화하십시오.

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

귀하의 기록을 위해 작성이 완료된 신청서의 사본을 보관하십시오.





등록 신청 및 재인증

파트 1: 고객이 작성할 부분(정자체로 기입)T)

SoCalGas 고객 계정 번호:	
고객 이름 (요금 고지서에 나와 있는 이름 및 성):	
의료 기준 거주자 이름(위와 다른 경우):	
서비스 주소:	
고객 우편 주소 (위와 다른 경우):	
집 전화번호: ()	기타 전화번호: ()

SOCALGAS가 아닌 다른 사람으로부터 요금 고지를 받는 고객의 경우:

이동식 주택 또는 아파트 단지 이름:	
단지 주소:	
단지 관리자 이름:	단지 전화번호: ()
임차인 이름:	임차인 전화번호: ()

본인은 아래의 사항을 이해합니다:

- 1 의료 서비스 제공자가 거주자의 건강 상태가 영구적임을 인증하는 경우, 거주자는 2년마다 의료 기준 할당 자격이 지속됨을 자가 인증하는 양식을 작성해야 합니다.
- 2 의료 서비스 제공자가 거주자의 건강 상태가 영구적이지 않음을 인증하는 경우, 거주자는 매년 의료 기준 할당 자격이 지속됨을 자가 인증하는 양식을 작성하고 2년마다 의료 서비스 제공자의 인증서가 첨부된 새로운 신청서를 작성해야 합니다.
- 3 거주자가 시각 장애가 있는 경우, 거주자는 재인증 (의료 서비스 제공자의 인증인 첨부된 새로운 신청서 작성) 또는 자가 인증 양식이 우편으로 발송될 때 SoCalGas에 연락하여 특별 통지를 요청할 수 있습니다.
- 4 SoCalGas는 중단 없는 천연 가스 서비스를 보장할 수 없으며, 거주자는 천연 가스 공급이 중단되는 경우 대안 조치를 취할 책임이 있습니다.

본인은 위 정보가 정확함을 확인합니다. 또한 본인은 의료 기준 할당 거주자가 이 주소에 상주하며, 의료 기준 할당이 필요하거나 계속 필요함을 확인합니다. 본인은 SoCalGas가 이 정보를 확인하는 데 동의합니다. 또한 본인은 자격을 갖춘 거주자가 이사하거나 거주자가 의료 기준 할당을 더 이상 필요로 하지 않는 경우 SoCalGas에 즉시 통지할 것에 동의합니다.

계획된 서비스 중단 또는 순환 중단의 경우 어떻게 연락 받으시겠습니까?

하나만 선택하십시오:

<input type="checkbox"/> 아래의 번호로 전화하십시오	<input type="checkbox"/> 아래의 번호로 문자 메시지를 보내주십시오
<input type="checkbox"/> 아래의 번호로 TDD/TTY를 통해 연락하십시오	<input type="checkbox"/> 아래의 주소로 이메일을 보내주십시오

전화번호 또는 이메일:

고객 서명: _____ 날짜: _____

표준 의료 기준 할당은 일일 천연 가스 0.822섬(therms: 열량 단위)이며,, 귀하의 일일 표준 기준 할당에 추가됩니다. 이 할당량이 귀하의 의료적 필요를 충족하지 못하는 경우 추가 할당량에 대해 논의하기 위해 1-800-427-2200으로 SoCalGas에 전화하십시오. 일반 전화를 사용할 수 없는 청각 장애인 고객은 무료 전화인 1-800-252-0259(영어 및 스페인어로만 제공)로 전화하십시오.

파트 2: 의료 서비스 제공자 (면허가 있는 의사 [M.D.], 정골 의사 [D.O.], 전문 간호사 [N.P.] 또는 의사 보조사[P.A.])가 작성할 부분
본인은 환자 (정자체로 기입)의 다음과 같은 의학적 상태 및 필요를 인증합니다.

환자의 성(姓):	이름:
-----------	-----

1. 생명 유지 장치 필요 여부* (하나만 체크) 예 아니오

다음 생명 유지 장치는 환자의 집에서 사용됩니다:

장치:	<input type="checkbox"/> 전기	<input type="checkbox"/> 천연가스
장치:	<input type="checkbox"/> 전기	<input type="checkbox"/> 천연가스
장치:	<input type="checkbox"/> 전기	<input type="checkbox"/> 천연가스

*적격 생명 유지 장비는 기계적 또는 인공적인 수단을 사용하여 생체 기능을 유지, 복원 또는 대체하는 모든 장치입니다. 장치는 SoCalGas에서 공급하는 천연 가스로 작동해야 합니다. **수영장 및 스파와 같이 생명 유지 장치가 아닌 치료에 사용되는 장치는 자격이 없습니다.**

2. 난방 필요:

환자가 하반신 마비, 사지 마비, 편마비, 다발성 경화증 또는 경피증이 있는 경우 의료 기준 할당을 난방에 사용할 수 있습니다. 환자의 면역 체계가 손상되었거나, 생명을 위협하는 질병이 있거나, **환자의 생명을 유지하거나 환자의 건강 상태 악화를 방지하기 위해 의학적으로 추가 난방이 필요한 기타 상태의 경우에도 표준 의료 기준 할당을 사용할 수 있습니다.**

난방용 표준 의료 기준 할당 필요 여부: (하나만 체크) 예 아니오

3. 본인은 생명 유지 장치 및/또는 추가 난방이 대략 다음 기간 동안 필요함을 인증합니다:

(하나만 체크) 년 _____ 또는 영구적

의료 서비스 제공자 이름:	전화번호: ()
사무실 주소:	
M.D./D.O./N.P./P.A. 주 면허 또는 군사 면허 번호:	
의료 서비스 제공자 서명:	날짜:

SOCALGAS 전용

받은 날짜: _____ 의료 기본 할당: _____ 전력 장치 _____ 가스 장치 _____

재인증: 2년마다 자가 인증 매년 자가 인증; 2년마다 의료 서비스 제공자 인증

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