

# ĐỊNH MỨC Y TẾ CĂN BẢN

## THÔNG TIN & ĐƠN XIN



### ĐỊNH MỨC Y TẾ CĂN BẢN LÀ GÌ?

Chương trình Định Mức Y Tế Căn Bản cung cấp thêm gas tự nhiên cho những khách hàng của SoCalGas® có một số bệnh trạng để giúp sưởi ấm trong nhà. Đây không phải là khoản giảm giá hoặc hồi phí. Khách hàng tham gia chương trình này sẽ nhận được thêm 0.822 therm mỗi ngày, ở mức giá căn bản thấp nhất của chúng tôi.

### TIÊU CHUẨN HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

Để hội đủ điều kiện, quý vị hoặc một người sống toàn thời gian trong nhà của quý vị phải cần được sưởi ấm thêm vì một bệnh trạng hội đủ điều kiện. Ví dụ, quý vị có thể hội đủ điều kiện nếu một người ở trong nhà quý vị bị liệt hai chân, liệt chân tay, liệt nửa người, bệnh đa xơ cứng, xơ cứng da, hệ thống miễn dịch bị tổn hại hoặc một căn bệnh đe dọa tính mạng. **Tiêu chuẩn hội đủ điều kiện KHÔNG dựa trên lợi tức.**

### NẾU TÔI TRẢ TIỀN GAS TỰ NHIÊN CHO CHỦ NHÀ THÌ SAO?

Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận Định Mức Y Tế Căn Bản ngay cả khi chủ nhà là người gửi hóa đơn gas tự nhiên cho quý vị. Chủ nhà sẽ ghi định mức trên bảng kê hóa đơn của quý vị.

### TÔI CÓ THỂ NỘP ĐƠN NHƯ THẾ NÀO?

Để đăng ký, hãy hoàn thành Phần 1 của đơn đăng ký đính kèm. Tiếp theo, nhờ bác sĩ chăm sóc điển đầy đủ vào Phần 2 của đơn, xác nhận nhu cầu cần sưởi ấm thêm vì có bệnh trạng này. Bác sĩ chăm sóc bao gồm bác sĩ y khoa có bằng hành nghề [M.D.], bác sĩ chuyên khoa cơ xương khớp [D.O.], y tá có bằng hành nghề [N.P.] hoặc phụ tá của bác sĩ [P.A.]. Chúng tôi chấp nhận chữ ký điện tử từ các bác sĩ chăm sóc. Đừng quên chụp một bản để giữ lại trong hồ sơ của quý vị.

### Gửi đơn đã điền đầy đủ qua bưu điện tới:

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

Fax: 213-244-4665

Sau khi nhận được đơn của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thông tin. Nếu hội đủ điều kiện, quý vị sẽ thấy thêm định mức trên hóa đơn của mình. Vui lòng chờ hết một kỳ hóa đơn để thấy thay đổi này. Nếu chuyển chỗ ở, quý vị phải thông báo cho SoCalGas® để chuyển khoản định mức đến địa chỉ mới. Hỗ trợ cho những khách hàng có nhu cầu đặc biệt chỉ là một cách mà chúng tôi cố gắng để giữ giá cả phải chăng cho gas tự nhiên.

### TÔI CẦN LÀM GÌ KHI CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ?

Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc tiếng Tây Ban Nha, vui lòng gọi tới Đường Dành Thông Dịch Viên của chúng tôi theo số 888-427-1345.

Khách hàng khiếm thính không thể sử dụng điện thoại thường có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha).

### ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN

Vui lòng ghé vào trang [socialgas.com/Medical](http://socialgas.com/Medical) hoặc gọi 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

**Vui lòng giữ một bản chụp đơn đã điền đầy đủ để lưu vào hồ sơ của quý vị.**





# ĐƠN GHI DANH VÀ CHỨNG NHẬN LẠI

## PHẦN 1: ĐƯỢC KHÁCH HÀNG ĐIỂN ĐẦY ĐỦ (VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN)

Số Trương Mục Khách Hàng SoCalGas:

Tên Khách Hàng (như ghi trên hóa đơn của quý vị):

Tên Cư Dân Hướng Y Tế Căn Bản (nếu khác):

Địa Chỉ Dịch Vụ:

Địa Chỉ Nhận Thư của Khách Hàng (nếu khác):

Điện Thoại Nhà: ( )

Điện Thoại Khác: ( )

## ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG NHẬN HÓA ĐƠN KHÔNG PHẢI CỦA SOCIALGAS:

Tên của Khu Căn Hộ hoặc Khu Nhà Mobile:

Địa Chỉ Khu Nhà:

Tên Người Quản Lý Khu Nhà:

Số Điện Thoại Khu Nhà: ( )

Tên Người Thuê Nhà:

Số Điện Thoại Người Thuê Nhà: ( )

## TÔI HIỂU RẰNG:

- 1 Nếu bác sĩ xác nhận rằng bệnh trạng của cư dân là vĩnh viễn, SoCalGas sẽ yêu cầu điền đơn tự xác nhận rằng cư dân tiếp tục đủ điều kiện nhận Định Mức 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 yêu cầu điền đơn tự xác nhận rằng cư dân tiếp tục đủ điều kiện nhận Định Mức Y Tế Căn Bản mỗi năm và điền đơn ghi danh mới có chứng nhận của bác sĩ chăm sóc mỗi hai năm.
- 3 Nếu không nhìn rõ, cư dân đó có thể liên lạc với SoCalGas để yêu cầu nhận thông báo đặc biệt khi chúng tôi gửi ra đơn xác nhận lại (để điền đơn mới có chứng nhận của bác sĩ) hoặc đơn tự xác nhận.
- 4 SoCalGas không thể đảm bảo dịch vụ gas tự nhiên không bị gián đoạn và cư dân có trách nhiệm chuẩn bị các biện pháp thay thế trong trường hợp gas tự nhiên bị ngắt.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác. Tôi cũng xác nhận cư dân nhận Định Mức Y Tế Căn Bản sống toàn thời gian tại địa chỉ này, và cần có hoặc tiếp tục cần có Định Mức Y Tế Căn Bản. Tôi đồng ý cho SoCalGas xác minh thông tin này. **Tôi cũng đồng ý thông báo ngay cho SoCalGas nếu cư dân đủ điều kiện chuyển đi hoặc không còn cần đến Định Mức Y Tế Căn Bản nữa.**

## Quý vị muốn được liên lạc bằng cách nào trong trường hợp ngắt dịch vụ theo kế hoạch hoặc luân phiên?

### Chỉ chọn một:

Gọi cho tôi theo số điện thoại dưới đây

Gửi tin nhắn cho tôi theo số điện thoại dưới đây

Liên lạc với tôi qua TDD/TTY theo số dưới đây

Gửi email cho tôi theo địa chỉ bên dưới

Số Điện Thoại HOẶC Email:

Chữ Ký Khách Hàng:

Ngày:

Định mức y tế căn bản tiêu chuẩn là 0.822 therm gas tự nhiên mỗi ngày, thêm vào định mức căn bản tiêu chuẩn hàng ngày của quý vị. Nếu khoản trợ cấp này không đáp ứng được nhu cầu y tế của quý vị, vui lòng liên lạc với SoCalGas theo số 1-800-427-2200 đã bàn bạc về số lượng cần thêm. Khách hàng kiếm thính không thể sử dụng điện thoại thường có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 1-800-252-0259 (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha).

(Còn tiếp)

**PHẦN 2: ĐƯỢC ĐIỂN ĐẦY ĐỦ BỞI BÁC SĨ CHĂM SÓC (BÁC SĨ Y KHOA CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ [M.D.], BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP [D.O.], Y TÁ CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ [N.P.] HOẶC PHỤ TÁ CỦA BÁC SĨ [P.A.]**

Tôi xác nhận bệnh trạng và nhu cầu của bệnh nhân của tôi (vui lòng viết chữ in):

Họ của Bệnh Nhân:	Tên của Bệnh Nhân:
-------------------	--------------------

**1. Cần dùng máy trợ sinh\*** (đánh dấu vào một ô)  Có  Không

(Các) máy trợ sinh sau đây được sử dụng tại nhà của bệnh nhân có tên ở trên:

Máy:	<input type="checkbox"/> Điện	<input type="checkbox"/> Gas tự nhiên
Máy:	<input type="checkbox"/> Điện	<input type="checkbox"/> Gas tự nhiên
Máy:	<input type="checkbox"/> Điện	<input type="checkbox"/> Gas tự nhiên

\*Máy trợ sinh đủ tiêu chuẩn là bất kỳ máy nào sử dụng các phương tiện cơ học hoặc nhân tạo để duy trì, khôi phục hoặc thay thế một chức năng quan trọng. Phải là máy dùng gas tự nhiên được cung cấp bởi SoCalGas. **Các máy sử dụng để trị liệu chứ không phải máy trợ sinh, như hồ bơi và spa, không đủ tiêu chuẩn.**

**2. Cần sưởi ấm và làm mát:**

Định Mức Y Tế Căn Bản tiêu chuẩn có thể được cung cấp để sưởi ấm nếu bệnh nhân bị liệt hai chân, liệt chân tay, liệt nửa người, mắc bệnh đa xơ cứng hoặc xơ cứng da. Định Mức Y Tế Căn Bản tiêu chuẩn cũng được cung cấp nếu bệnh nhân có hệ thống miễn dịch bị tổn hại, mắc bệnh đe dọa tính mạng, hoặc bất kỳ bệnh trạng nào khác mà **sưởi ấm thêm là việc cần thiết về mặt y tế để duy trì sự sống hoặc để tình trạng sức khỏe của người này không xấu đi.**

**Cần Định Mức Y Tế Căn Bản để sưởi ấm:** (đánh dấu vào một ô)  Có  Không

**3. Tôi xác nhận rằng cần có (các) máy trợ sinh và/hoặc cần sưởi thêm trong khoảng:**

(đánh dấu vào một ô)  Số Năm \_\_\_\_\_ hoặc  Vĩnh viễn

Tên của Bác Sĩ Chăm Sóc:	Số Điện Thoại: ( )
Địa Chỉ Văn Phòng:	
M.D./D.O./N.P./P.A. Số Giấy Phép Do Tiểu Bang Cấp hoặc Giấy Phép Quân Sự:	
Chữ Ký của Bác Sĩ Chăm Sóc:	Ngày:

**PHẦN DÀNH RIÊNG CHO SOCALGAS**

Ngày Nhận: \_\_\_\_\_ Định Mức Y Tế Căn Bản: \_\_\_\_\_ Đơn vị điện \_\_\_\_\_ Đơn vị gas tự nhiên \_\_\_\_\_

Xác nhận lại:  Tự xác nhận mỗi hai năm  Tự xác nhận hàng năm; chứng nhận của bác sĩ chăm sóc mỗi hai năm

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