

파트 1 (정자로 쓰세요)

SoCalGas 고객 계정 번호:		
고객 이름 (요금 고지서에 나와 있는 이름 및 성):		
질병이 있는 거주자의 이름 (다른 경우):		
서비스 주소:	아파트/공간 #:	
시:	주:	우편번호:
고객 우편 주소 (위와 다른 경우):	아파트/공간 #:	
시:	주:	우편번호:
집전화 또는 휴대전화:	이메일 주소:	

SoCalGas가 아닌 다른 사람으로부터 요금 고지를 받는 고객의 경우:

이동식 주택 또는 아파트 단지 이름:		
단지 주소:		
시:	주:	우편번호:
단지 관리자 이름:	단지 전화번호:	
임차인 이름:	임차인 전화번호:	

본인은 아래의 사항을 이해합니다:

- » 의료인이 거주자의 건강 상태가 영구적임을 증명하는 경우, SoCalGas는 **4년마다** 의료 기준 수당에 대한 거주자의 지속적인 자격을 스스로 증명하는 양식을 작성하도록 요구합니다.
- » 의료인이 거주자의 건강 상태가 영구적이지 않다고 인증하는 경우, SoCalGas는 **2년마다** 의료 제공자의 인증서를 첨부하여 새로운 신청서를 작성하도록 요구합니다.
- » 시각 장애가 있는 거주자는 재인증 또는 자가 인증 양식이 우편으로 발송되는 시점에 대한 알림을 요청하기 위해 SoCalGas에 연락할 수 있습니다.
- » 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.

X

고객 서명

날짜

알림: 표준 의료 기준 할당은 일일 천연 가스 0.822섬(therms: 열량 단위)으로, 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 장애 고객은 1-800-252-0259 (영어와 스페인어로만 제공)로 전화하세요.