

의료 기준 할당 정보 및 신청

이 프로그램은 특정 질병이 있는 고객에게 최저 요금으로 천연가스를 추가로 공급하여 집안을 따뜻하게 유지하는 데 도움을 줍니다. 이는 할인 또는 리베이트가 아닙니다. 이 프로그램의 고객은 최저 기준 고지서 요금을 기준으로 하루 0.822섬 (therm: 열량 단위)을 추가로 받게 됩니다.

자격을 얻는 방법

자격을 갖추려면 귀하 또는 귀하의 집에 상주하는 거주자가 의료상의 문제로 인해 추가 난방이 필요해야 합니다. 집주인이 천연가스 요금을 청구하는 경우에도 프로그램 자격을 얻을 수 있습니다. 임대인은 할당량을 귀하의 청구서에 반영할 것입니다. 자격은 소득에 근거하지 않습니다.

신청 방법

온라인 신청: socalgas.com/Medical

또는

1 단계 이 신청서의 **파트 1**을 완료합니다.

2 단계 의료인이 신청서의 **파트 2**를 작성하여 의료상의 문제로 인하여 추가 난방이 필요함을 입증하도록 하십시오.

허용되는 의료인에는 면허를 소지한 아래의 의료진이 포함됩니다:

- » 의사 [M.D.]
- » 정골 요법 의사 [D.O.]
- » 전문 간호사 [N.P.]
- » 의사 보조 [P.A.]

3 단계 작성된 신청서를 다음 주소로 제출하세요:

이메일: MedicalBaselineProgram@socalgas.com

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

팩스: 213-244-4665

자격이 되는 경우, 청구서에 할당량이 표시됩니다. 변경 내역이 반영되기까지는 한 번의 요금 청구 주기가 소요됩니다.

귀하의 기록을 위해 작성이 완료된 신청서의 사본을 보관하십시오.

상세 정보

socalgas.com/Medical을 방문하거나 1-800-427-2200으로 전화하십시오.

Para una solicitud de Asignación Médica Inicial en español, por favor llame al 1-800-342-4545.

추가 언어는 888-427-1345로 문의하세요.

청각 장애인 800-252-0259
(영어 및 스페인어로만 제공).

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

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.



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.

파트 2 의료인이 작성해야 합니다(정자로 쓰세요)

의사[M.D.] | 정골 의학 의사[D.O.] | 전문 간호사[N.P.] | 의사 보조[P.A.]

본인은 환자의 의학적 상태와 요구 사항을 확인합니다:

1. 난방 필요

하반신 마비, 사지 마비, 편마비, 다발성 경화증, 경피증이 있거나 면역 체계가 손상된 경우, 생명을 위협하는 질병 또는 기타 환자의 생명을 유지하거나 환자의 건강 상태 악화를 방지하기 위해 추가 난방이 의학적으로 필요한 경우 표준 의료 기준 수당을 난방에 사용할 수 있습니다.

의학적으로 추가 난방이 필요한 경우: (하나 선택) 예 아니오

본인은 약 다음 기간에 추가 난방이 필요함을 확인합니다:

(하나 선택) 년 _____ 또는 영구적

2. 생명 유지 장치 필요 여부*

(하나 선택) 예 아니오

다음 생명 유지 장치는 환자의 집에서 사용됩니다:

장치: 전기 천연가스

장치: 전기 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, 스파 등 치료용으로 사용되는 기기는 대상에서 제외됩니다.

환자 성:

환자 이름:

의료 서비스 제공자 이름:

전화 번호:

사무실 주소:

시:

주:

우편번호 (ZIP):

주 면허 또는 군사 면허 번호:

X

의료 서비스 제공자 서명

날짜

파트 1과 2를 SoCalGas에 제출하세요:

이메일: MedicalBaselineProgram@socalgas.com

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

팩스: 213-244-4665