

## Parte 1 (Completar en letra de imprenta)

No. de cuenta del cliente de SoCalGas:		
Nombre del cliente (tal como aparece en su factura):		
Nombre del residente con afección médica (si fuera diferente):		
Dirección del servicio:		Apto/espacio #:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal del cliente (si fuera diferente):		Apto/espacio #:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono fijo o móvil: (     )		Correo electrónico:

### Para clientes a quienes se les factura mediante una tercera parte que no es SoCalGas:

Nombre de la casa rodante o del complejo de apartamentos:		
Dirección del complejo:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del administrador:	Teléfono del complejo: (     )	
Nombre del inquilino:	Teléfono del inquilino: (     )	

### Entiendo que:

- » Si el proveedor médico certifica que la afección médica del residente es permanente, SoCalGas solicitará que se complete un formulario que certifique en forma personal la elegibilidad permanente del residente para la Asignación Médica Inicial **cada cuatro años**.
- » Si el proveedor médico certifica que la afección médica del residente no es permanente, SoCalGas requerirá que se complete una nueva solicitud con la certificación de un proveedor médico **cada dos años**.
- » Si el residente padece una discapacidad de la vista, puede comunicarse con SoCalGas para solicitar una notificación cuando se le envíe un formulario de renovación de certificación.
- » SoCalGas no garantiza el servicio de gas sin interrupciones y el residente es responsable de procurar un suministro alternativo en caso de un corte del servicio.

Certifico que la información anterior es correcta. Además, certifico que el residente que reciba la Asignación Médica Inicial vive el tiempo completo en esta dirección, y requiere de la asignación o continúa con la necesidad de percibir tal Asignación Médica Inicial. Acepto que SoCalGas verifique esta información. **También acepto notificar de inmediato a SoCalGas si el residente calificado se muda o ya no necesita de la Asignación Médica Inicial.**

**X**

**Firma del cliente**

**Fecha**

**NOTA:** La Asignación Médica Inicial estándar es de 0.822 unidades therm de gas natural por día, que se suman a la asignación inicial estándar diaria. Si esta asignación no satisface sus necesidades médicas, comuníquese con SoCalGas al 1-800427-2200 para analizar cantidades adicionales. Los clientes con problemas auditivos que no puedan usar un teléfono convencional pueden llamarnos a nuestra línea gratuita al 1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español).

(Continuado)