

# Asignación Médica Inicial

## Información y solicitud

Este programa proporciona gas natural adicional a la tarifa más baja a personas que padecen de ciertas condiciones médicas para ayudar a mantener su hogar caliente. No es un descuento ni una devolución. Los clientes que participan en este programa reciben 0.822 termias adicionales por día, que se facturarán según la tarifa básica mínima.

### Cómo calificar

Para calificar, usted o un residente de tiempo completo en su casa debe requerir calefacción adicional debido a una afección médica. Usted puede calificar para el programa incluso si su propietario le factura por su gas natural. El propietario reflejará la asignación en su resumen de facturación.

**La elegibilidad NO se basa en el ingreso.**

## Para aplicar

Aplicar en línea: [socalgas.com/Medico](https://socalgas.com/Medico)



**Paso 1** Complete la **parte 1** de esta solicitud.

**Paso 2** Pida a su proveedor médico que complete la **parte 2** de la solicitud, que certifique la necesidad del calefacción adicional debido a una condición médica.

Los proveedores médicos aceptables incluyen:

- » Médico matriculado [M.D.]
- » Osteópata [D.O.]
- » Enfermero especializado [N.P.]
- » Asistente médico [P.A.]

**Paso 3** Envíe las solicitud completa por correo electrónico, correo, o fax:

#### Correo electrónico

[MedicalBaselineProgram@socalgas.com](mailto:MedicalBaselineProgram@socalgas.com)

#### Correo

SoCalGas Programa  
de Asignación Médica Inicial  
M. L. GT19A1  
P.O. Box 513249  
Los Angeles, CA 90051-1249

#### Fax

213-244-4665

Si califica, podrá ver la asignación reflejada en su factura. Deberá esperar que transcurra un ciclo de facturación completo para ver el cambio.

**Conserve una copia de la solicitud completa como constancia.**

## Para obtener más información

Visite [socalgas.com/Medico](https://socalgas.com/Medico) o llame al 1-800-427-2200.

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

Para más idiomas 888-427-1345.

Para personas con discapacidad auditiva 800-252-0259 (disponible en inglés y español).

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

(Continuado)

## 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)

## Part 2 To be completed by a medical provider (Please print)

Medical doctors [M.D.] | Doctors of osteopathy [D.O.] | Nurse practitioners [N.P.] | Physician's assistants [P.A.]

I certify that the medical condition and needs of my patient:

### 1. Requires Heating

Standard Medical Baseline Allowances are available for heating if patient is paraplegic, quadriplegic, hemiplegic, has multiple sclerosis, scleroderma or has a compromised immune system, life threatening illness, or any other condition for which **additional heating is medically necessary to sustain the person's life or prevent deterioration of the person's medical condition.**

**Additional heating is medically necessary:** (check one)  Yes  No

**I certify that the additional heating will be required for approximately:**

(check one)  Number of Years \_\_\_\_\_ or  Permanently

### 2. Requires use of a Life-support Device\*

(Check one)  Yes  No

The following life-support device(s) is(are) used in the patient's home:

Device:  Electricity  Natural gas

Device:  Electricity  Natural gas

\*Qualifying life-support equipment is any device which uses mechanical or artificial means to sustain, restore, or supplant a vital function. The device must run on natural gas supplied by SoCalGas.

**Devices used for therapy, such as pools and spas, do not qualify.**

<b>Patient's Last Name:</b>	<b>Patient's First Name:</b>	
<b>Medical Provider's Name:</b>	<b>Phone Number: (    )</b>	
<b>Office Address:</b>		
<b>City:</b>	<b>State:</b>	<b>ZIP:</b>
<b>State License or Military License Number:</b>		

**X**

**Medical Provider's Signature**

**Date**

**Submit Parts 1 & 2 to SoCalGas by email, mail or fax:**

**Email:** [MedicalBaselineProgram@socalgas.com](mailto:MedicalBaselineProgram@socalgas.com)

**Mail:** SoCalGas Medical Baseline Allowance Program

M. L. GT19A1

P.O. Box 513249

Los Angeles, CA 90051-1249

**Fax:** 213-244-4665