

第1部分 (正楷)

SoCalGas 客戶帳號：		
客戶姓名（帳單上顯示的姓名）：		
有健康狀況的居民姓名（如果不同）：		
服務地址：		公寓/空間#：
城市：	州：	郵遞區號：
客戶郵寄地址（若不同）：		公寓/空間#：
城市：	州：	郵遞區號：
家用電話或手機：	電子郵件地址：	

對於非 SoCalGas 收費的客戶：

活動房屋或公寓大樓名稱：		
大樓地址：		
城市：	州：	郵遞區號：
大樓經理姓名：	大樓電話：	
租戶姓名：	租戶電話：	

我理解：

- » 如果醫療服務提供者證明居民的健康狀況是永久性的，那麼 SoCalGas 將要求**每四年**填寫一次表單，自我證明居民持續獲得醫療基綫優惠的資格。
- » 如果醫療提供者證明居民的健康狀況不是永久性的，SoCalGas 將要求**每兩年**完成新的申請並提供醫療提供者的證明。
- » 如果居民有視力障礙，居民可以聯絡 SoCalGas，要求通知何時郵寄重新認證或自我認證表格。
- » SoCalGas 無法保證天然瓦斯的供應不中斷，居民負責在天然瓦斯供應中斷時做出替代安排。

本人證明上述資訊正確無誤。本人同時證明該醫療基綫優惠居民全天在此地址居住，需要或繼續需要醫療基綫優惠。本人同意允許 SoCalGas 核實此資訊。本人同時同意如果符合資格的居民搬家或該居民不再需要醫療基綫優惠時立即通知 SoCalGas。

X

客戶簽名

日期

注意：標準醫療基綫優惠是在每日標準基綫分配之外另外分配 0.822 千卡天然瓦斯。如果此優惠不能滿足您的醫療需求，請聯絡 SoCalGas 討論額外瓦斯量，電話號碼 1-800-427-2200。無法使用傳統電話的聽障人士可以致電 1-800-252-0259（僅提供英語和西班牙語）。