

醫療基綫優惠 資訊與應用

該計劃以最低的價格為患有某些疾病的客戶提供額外的天然氣，以幫助保持房屋溫暖。這不是折扣或返利。
參加此計畫的客戶每天可額外獲得 0.822 千卡，以最低費率計費。

如何取得資格

為了符合資格，您或家中全天在家的居民必須因健康狀況需要額外的熱量。即使您的房東向您收取天然氣費用，您也可能有資格參加該計劃。房東會在帳單中反映出該優惠。**資格與收入無關。**

申請

線上申請：socalgas.com/Medical

或

如果您符合資格，您將在帳單上看到優惠。
發生變更需要一個完整的帳單週期。

請保留一份填好的申請作為記錄。

步驟 1 您完成本申請表的第 1 部分。

步驟 2 請醫療服務提供者填寫申請表的第 2 部分，
證明由於醫療狀況需要額外的熱量。

可接受的醫療提供者包括獲得許可的：

- » 執業醫生 [M.D.]
- » 骨科醫師 [D.O.]
- » 執業護理師 [N.P.]
- » 助理醫師 [P.A.]

步驟 3 將填好的申請透過以下方式提交：

電子郵件：MedicalBaselineProgram@socalgas.com

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

傳真： 213-244-4665

有關更多資訊

請造訪 socalgas.com/Medical
或致電 1-800-427-2200。

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

如需其他語言，請撥打 888-427-1345。

聽障人士請撥打 800-252-0259
(僅提供英語和西班牙語)。

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

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）。

第2部分 由醫療服務提供者填寫（正楷）

執業醫生 [M.D.] | 骨科醫生 [D.O.] | 執業護士 [N.P.] | 助理醫師 [P.A.]

本人證明我的病患以下醫療狀況和需求：

1. 需要供暖

如果患者患有截癱、四肢癱瘓、偏癱、多發性硬化症、硬皮症或免疫系統受損、危及生命的疾病或任何其他在醫學上需要額外加熱以維持生命的病症，或防止此人醫療狀況惡化則可享有標準醫療基線優惠用於供暖。

額外的供暖在醫學上是必要的：（勾選一項） ☐ 是 ☐ 否

我證明大約需要額外供暖：

（勾選一項） ☐ 年數 _____ 或 ☐ 永久

2. 需要使用維生裝置*

（勾選一項） ☐ 是 ☐ 否

病患家中使用以下維生裝置：

裝置： ☐ 電 ☐ 天然瓦斯裝置： ☐ 電 ☐ 天然瓦斯

*符合條件的生命支援設備是使用機械或人工手段來維持、恢復或取代生命機能的任何裝置。該裝置必須依賴 SoCalGas 供應的天然瓦斯運轉。用於治療的設備，例如泳池和水療中心，不符合資格。

病患姓氏：

病患的名字：

醫療服務提供者姓名：

電話號碼：

辦公地址：

城市：

州：

郵遞區號：

州執照或軍用執照號碼：

X

醫療服務提供者簽名

日期

將第 1 部分和第 2 部分提交給 SoCalGas：

電子郵件：MedicalBaselineProgram@socalgas.com郵寄： SoCalGas Medical Baseline Allowance Program
M. L. GT19A1
P.O. Box 513249
Los Angeles, CA 90051-1249

傳真： 213-244-4665