

이 프로그램은 특정 질병을 앓고 있는 고객에게 최저 요금으로 천연가스를 추가로 제공하여 집을 따뜻하게 유지할 수 있도록 지원합니다. 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

그리고 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.

상세 정보

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

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

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

**귀하의 기록을 위해 작성이 완료된 신청서의 사본을
보관하십시오.**

의료 기준 할당 정보

LF 04510C-2024

(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):

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 _____

참고: 표준 의료 기준 허용량은 하루 0.822섬(therms)의 천연가스로, 일일 표준 기준 할당량에 추가됩니다. 이 할당량이 귀하의 의료적 필요를 충족하지 못하는 경우 추가 할당량에 대해 논의하기 위해 **1-800-427-2200** 으로 SoCalGas에 전화하십시오. 일반 전화를 사용할 수 없는 청각 장애 고객은 **1-800-252-0259** (영어와 스페인어로만 제공)로 전화하세요.

(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 ☐ 아니요

본인은 약 다음 기간에 추가 난방이 필요함을 확인합니다:

(하나 선택) ☐ 년 _____ 또는 ☐ 영구적

2. 생명 유지 장치 사용 필요

(하나 선택) ☐ 예 ☐ 아니요

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.

환자의 성 (姓):

환자 이름:

의료 서비스 제공자 이름:

전화 번호:

사무실 주소:

시:

주:

우편번호:

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