

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.**

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 parte 1 y 2 a SoCalGas por correo electrónico, correo, o fax:

**Correo:** [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

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

## 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.

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

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

**Asignación Médica Inicial**  
SOLICITUD

LF 78110C-2024

**(en 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: Customer Mailing Address (if different): City: 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 del complejo: 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.**

**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).

**(en imprenta)**

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

Certifico que la enfermedad y las necesidades de mi paciente:

### 1. Requiere calefacción

Las Asignaciones Médica Iniciales estándar están disponibles para calefacción si un paciente padece paraplejia, cuadriplejia, hemiplejia, esclerosis múltiple o tiene el sistema inmunitario debilitado, una enfermedad potencialmente mortal o cualquier otra enfermedad por la cual la **calefacción adicional es médicamente necesaria a fin de preservar la vida del paciente o de evitar que la enfermedad empeore.**

La calefacción adicional es médicamente necesaria: **(marque uno)**  **Si**  **No**

Certifico que la calefacción adicional será necesarios durante aproximadamente: **(marque uno)**  **Cant. de años** \_\_\_\_\_ o  **Permanente**

### 2. Requiere el uso de un dispositivo de soporte vital\*

**(marque uno)**  **Si**  **No**

El o los siguientes dispositivos de soporte vital se utilizan en el hogar del paciente:

Dispositivos:   Electricidad  Gas natural

Dispositivos:   Electricidad  Gas natural

\*El equipo de soporte vital elegible es cualquier dispositivo que utiliza medios mecánicos o artificiales para preservar, rehabilitar o suplantar una función vital. El dispositivo debe funcionar con gas natural suministrado por SoCalGas.

**Los dispositivos utilizados para terapias que no sean de soporte vital, como piscinas y spas, no califican.**

# Solicitud para inscripción y renovación de certificación

## Parte 2

Para ser completada por  
el proveedor médico

Apellido del paciente:

Nombre del paciente:

Nombre del proveedor médico:

Teléfono no: (  )

Dirección del consultorio:

Ciudad:

Estado:  Código postal:

Número de licencia estatal o militar:

**X**

\_\_\_\_\_  
**Firma del proveedor médico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Envíe parte 1 y 2 a SoCalGas por correo electrónico, correo, o fax:**

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

**Correo:** SoCalGas Medical Baseline Allowance Program

M. L. GT19A1

P.O. Box 513249

Los Angeles, CA 90051-1249

**Fax:** 213-244-4665