

# ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL

## INFORMACIÓN Y SOLICITUD



### ¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL?

La Asignación Médica Inicial proporciona un suministro de gas adicional a la tarifa más baja para personas que padecen de ciertas condiciones médicas. No es un descuento ni una devolución. Los clientes que participen en este programa recibirán 0.822 unidades therm 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 solicitar el servicio de calor adicional debido a una afección médica que cumpla con las condiciones para este beneficio.

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

### ¿QUÉ SUCEDE SI PAGO EL GAS NATURAL AL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?

Es posible que reúna las condiciones para el programa, incluso si el dueño de la propiedad le factura el consumo de gas natural. El dueño deberá reflejar la asignación en su resumen de facturación.

### ¿CÓMO SOLICITO ESTE BENEFICIO?

Para hacerlo, debe completar la parte 1 de la solicitud adjunta. Luego, procure que un proveedor médico complete la parte 2 de la solicitud, que certifique la necesidad del calor adicional debido a una condición médica. Los proveedores médicos incluyen médico matriculado [M.D.], osteópata [D.O.], enfermero especializado [N.P.] o asistente médico [P.A.]. Aceptamos aplicaciones por correo electrónico de su proveedor de atención médica.

### Envíe la solicitud completa a la siguiente dirección:

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

**Fax:** (213) 244-4665

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

Una vez que recibamos su solicitud, evaluaremos la información. Si cumple con las condiciones, podrá ver la Asignación reflejada en la factura. Deberá esperar que transcurra un ciclo de facturación completo para ver el cambio. Si se muda, debe notificar a SoCalGas® para que la Asignación Médica Inicial se pueda transferir a la dirección nueva. Prestar asistencia a clientes con necesidades especiales es solo una de las formas en que nos esforzamos por brindar un servicio excepcional.

### ¿QUÉ HAGO SI NECESITO ASISTENCIA?

Los clientes con problemas auditivos que no puedan usar un teléfono convencional pueden llamarnos a nuestra línea gratuita 1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español).

### PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Visite [socalgas.com/medico](http://socalgas.com/medico)  
o llame al 1-800-342-4545.

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



[socalgas.com/es](http://socalgas.com/es)

1 (800) 342-4545



# SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN Y RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN



## PARTE 1: PARA SER COMPLETADA POR EL CLIENTE (Completar en letra de imprenta)

No. de cuenta del cliente de SoCalGas:

Nombre del cliente (tal como aparece en su factura):

Nombre del residente beneficiario de la asignación médica inicial (si fuera diferente):

Dirección del servicio:

Dirección postal del cliente (si fuera diferente):

Teléfono particular: (     )

Teléfono alternativo: (     )

## PARA CLIENTES A QUIENES SE LES FACTURA MEDIANTE UNA TERCERA PARTE QUE NO ES SOCIALGAS:

Nombre de la casa rodante o del complejo de apartamentos:

Dirección del complejo:

Nombre del administrador del complejo:

Teléfono del complejo: (     )

Nombre del inquilino:

Teléfono del inquilino: (     )

### ENTIENDO QUE:

- 1 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 dos años.
- 2 Si el proveedor médico certifica que la afección médica del residente no es permanente, SoCalGas solicitará que se complete todos los años un formulario que certifique en forma personal la elegibilidad permanente del residente para la Asignación Médica Inicial y que se complete una solicitud nueva con la certificación de un proveedor médico cada dos años.
- 3 Si el residente padece una discapacidad de la vista, puede comunicarse con SoCalGas para solicitar una notificación especial cuando se le envíe un formulario de renovación de certificación (para completar una solicitud nueva con la certificación de un proveedor médico) o un formulario de certificación personal.
- 4 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.**

### ¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted en caso de un corte de servicio programado o rotativo?

#### Seleccione solo una opción:

- Llámame al número que se indica a continuación     Envíeme un mensaje de texto al número que se indica a continuación
- Comuníquense mediante TDD/TTY al número que se indica a continuación
- Envíenme un mensaje de correo electrónico a la dirección que se indica a continuación

Número o dirección de correo electrónico:

Firma del cliente:

Fecha:

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 (800) 342-4545 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)

**PARTE 2: LA DEBE LLENAR UN PROVEEDOR MÉDICO (MÉDICO MATRICULADO [M.D.], OSTEÓPATA [D.O.], ENFERMERO ESPECIALIZADO [N.P.] O ASISTENTE MÉDICO [P.A.]**

Certifico que la enfermedad y las necesidades de mi paciente (en imprenta):

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

1. 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 indicado más arriba:

Dispositivo:	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gas natural
Dispositivo:	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gas natural
Dispositivo:	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> 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.**

**2. Requiere calefacción y refrigeración:**

Las Asignaciones Médicas Iniciales estándar están disponibles para calefacción si un paciente padece paraplejía, cuadriplejía, hemiplejía, esclerosis múltiple o esclerodermia. Las Asignaciones Médicas Iniciales estándar también están disponibles si un paciente 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.**

Requiere Asignación Médica Inicial estándar para la calefacción: (marque uno)  Si  No

3. Certifico que el o los dispositivos y/o la calefacción adicional serán necesarios durante aproximadamente: (marque uno)  Cant. de años \_\_\_\_\_ o  Permanente

Nombre del proveedor médico:	Teléfono no: ( )
Dirección del consultorio:	
Número de licencia estatal o militar del M.D./D.O./N.P./P.A	
Firma del proveedor médico:	Fecha:

**PARA USO EXCLUSIVO DE SOCALGAS**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Asignación Médica Inicial: \_\_\_\_\_ Unidad(es) eléctrica(s) \_\_\_\_\_ Unidad(es) de gas \_\_\_\_\_

Recertificación:  Auto certificación cada dos años  Auto certificación anual; certificación del proveedor médico cada dos años

**ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:** SoCalGas  
 Programa de Asignación Médica Inicial  
 M. L. GT19A1  
 P.O. Box 513249  
 Los Angeles, CA 90051-1249  
 Fax: (213) 244-4665  
 Email: MedicalBaselineProgram@socalgas.com