



# คำขอรับรองตนเองสำหรับ Medical Baseline Program

## ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลบัญชีและข้อมูลลูกค้า (ตัวบรรจง)

หมายเลขบัญชีลูกค้าของ PG&E

ชื่อและนามสกุลของลูกค้า (ตามที่ระบุในใบเรียกเก็บเงินของ PG&E)

ชื่อและนามสกุลของผู้อยู่อาศัยที่มีโรคประจำตัว (ลูกค้าหรือผู้อยู่อาศัยเต็มเวลาที่อยู่ที่ให้บริการ)

ที่อยู่ที่ใช้บริการ

หมายเลข APT

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ไปรษณีย์ของลูกค้า (หากไม่ใช่ที่อยู่ที่ใช้บริการ)

หมายเลข APT

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์บ้านของลูกค้า

หมายเลขโทรศัพท์มือถือของลูกค้า

อีเมลของลูกค้า

## ขั้นตอนที่ 2 สำหรับลูกค้าที่เรียกเก็บเงินโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ PG&E

ชื่อบ้านเคลื่อนที่หรือคอมเพล็กซ์อะพาร์ตเมนต์

ที่อยู่ของคอมเพล็กซ์

ชื่อผู้จัดการอพาร์ตเมนต์

หมายเลขโทรศัพท์ของอพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้อยู่อาศัย

หมายเลขโทรศัพท์ของผู้อยู่อาศัย

## ขั้นตอนที่ 3 ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อในกรณีที่ไม่ใช่ไฟฟ้าดับหรือการสื่อสารเกี่ยวกับโปรแกรม Medical Baseline อื่น ๆ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่า PG&E มีข้อมูลติดต่อที่คุณต้องการให้ติดต่อที่ถูกต้อง เพื่อให้เราสามารถติดต่อคุณเพื่อแจ้งให้ทราบถึงการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ (PSPS) ที่วางแผนไว้หรือสถานการณ์อื่น ๆ ที่อาจทำให้ไฟฟ้าดับล่วงหน้าได้ ในบางสถานการณ์ เราอาจส่งจดหมายเพื่อแจ้งให้ทราบ ทั้งนี้ เราจะใช้วิธีการติดต่อทั้งหมดในระหว่างที่มีการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ

ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์มือถือสำหรับส่งข้อความ: \_\_\_\_\_

อีเมล: \_\_\_\_\_

ข้อมูลติดต่อสำหรับลูกค้าที่สูญเสียการได้ยิน/มีความบกพร่องทางการได้ยินโดยใช้ TTY ที่หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_  
TTY เป็นอุปกรณ์โทรคมนาคมเฉพาะสำหรับผู้สูญเสียการได้ยินและมีความบกพร่องทางการได้ยิน

## ข้าพเจ้าเข้าใจและตกลงว่า:

1. หากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับรองว่าภาวะทางการแพทย์ของผู้อยู่อาศัยเป็นอาการถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกแบบฟอร์มทุกสองปีเพื่อรับรองตนเองว่าผู้อยู่อาศัยยังคงมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรม Medical Baseline
2. หากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมรับรองว่าโรคประจำตัวของผู้อยู่อาศัยไม่ใช่โรคที่เป็นถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกใบสมัครใหม่พร้อมทั้งมีใบรับรองจากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมทุกสองปี
3. ลูกค้าที่พิจารณาทางสายตาหรือสายตาพบว่าสามารถติดต่อ PG&E ได้ที่ 1-800-743-5000 เพื่อร้องขอการแจ้งเตือนในรูปแบบอื่นเมื่อมีการส่งประกาศแจ้งสำหรับการรับรอง
4. PG&E ไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะมีการให้บริการแก๊สและไฟฟ้าได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดชะงักข้าพเจ้ามีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมวิธีการอื่นในกรณีที่เกิดหรือไฟฟ้าดับ
5. นอกจากนี้ ลูกค้ายังอาจได้รับสิทธิประโยชน์จากโปรแกรมประหยัดพลังงาน เช่น Energy Upgrade California® Home Upgrade โปรแกรม Energy Savings Assistance สำหรับลูกค้าที่มีรายได้ตามเกณฑ์จะให้ความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [pge.com/saveenergy](http://pge.com/saveenergy).
6. PG&E อาจเปิดเผยข้อมูลติดต่อของข้าพเจ้ากับองค์กรต่าง ๆ เช่น หน่วยงานรับมือเหตุฉุกเฉินของรัฐและท้องถิ่น เพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ PG&E และข้าพเจ้าเป็นการส่วนตัวในระหว่างที่ไฟฟ้าดับเป็นระยะเวลาสั้น เพื่อดูแลความปลอดภัยและความเป็นอยู่ของข้าพเจ้า
7. หากคุณอยู่ในอัตราที่มีสิทธิ์ตามเกณฑ์พื้นฐานคุณอาจได้รับแก๊สเพิ่มอีกวันละ 0.82192 Therms และ/หรือไฟฟ้า 16.438 กิโลวัตต์ชั่วโมงในราคาพื้นฐานตามอัตราปัจจุบันของคุณเพื่อรองรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากคุณใช้อัตราค่าไฟฟ้าที่ไม่มีพื้นฐาน คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับส่วนลด D-Medical แบบคงที่ 12% หากเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายของ Medical Baseline ไม่เพียงพอตามความต้องการพลังงานทางการแพทย์ของคุณ โปรดติดต่อ PG&E ที่ 1-800-743-5000 ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Medical Baseline Program ได้ที่ [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline).

คุณสามารถรับรองด้วยตนเองได้ที่ [pge.com/selfcertify](http://pge.com/selfcertify) หากคุณสมัครให้แก่อู่ที่มีถิ่นที่อยู่ใหม่ซึ่งมีโรคประจำตัว กรุณาสมัครได้ที่ [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline). คุณสามารถส่งใบสมัครทางจดหมายไปที่: PG&E Billing Center Medical Baseline, P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

## ขั้นตอนที่ 4 ลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้อยู่อาศัยในโปรแกรม Medical Baseline ได้พำนักอาศัยอยู่ ณ ที่อยู่นี้ตลอดเวลา และจำเป็นต้องเข้าร่วมหรือต่ออายุโปรแกรม Medical Baseline ข้าพเจ้าอนุญาตให้ PG&E ตรวจสอบข้อมูลนี้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังตกลงที่จะแจ้งให้ PG&E ทราบในทันทีว่าผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิ์ได้ย้ายที่อยู่ หรือผู้อยู่อาศัยไม่มีความจำเป็นต้องเข้าร่วมในโปรแกรม Medical Baseline อีกต่อไป

ลงนาม

ลายมือชื่อของลูกค้า

วันที่

เอกสารอัตโนมัติ, คำชี้แจงเบื้องต้น, ส่วน A

ข้อมูลทั้งหมดรวมในใบสมัครนี้จะถูกนำไปใช้ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของ PG&E นโยบายความเป็นส่วนตัวมีเผยแพร่ที่ [pge.com/privacy](http://pge.com/privacy)