



Solicitud de Medical Baseline Program - Parte A (A ser completado por el cliente)

Para la inscripción y recertificación del Medical Baseline Program

PASO 1 Información de la cuenta y del cliente (escriba en letra de imprenta)

NÚMERO DE CUENTA DEL CLIENTE DE PG&E

NOMBRE Y APELLIDO DEL CLIENTE (como aparece en la factura de PG&E)

NOMBRE Y EL APELLIDO DEL RESIDENTE CON UNA AFECCIÓN MÉDICA (el cliente o un residente a tiempo completo en la dirección de servicio)

DIRECCIÓN DE SERVICIO

NÚMERO DE APTO.

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL DEL CLIENTE [si es diferente a la dirección de servicio] NÚMERO DE APTO.

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR DEL CLIENTE

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL DEL CLIENTE

CORREO ELECTRÓNICO DEL CLIENTE

PASO 2 Para clientes facturados por una entidad que no es PG&E

NOMBRE DE LA CASA MÓVIL O DEL COMPLEJO DE APARTAMENTOS

DIRECCIÓN DEL COMPLEJO

NOMBRE DEL GERENTE DEL COMPLEJO

NÚMERO DE TELÉFONO DEL COMPLEJO

NOMBRE DEL INQUILINO

NÚMERO DE TELÉFONO DEL INQUILINO

PASO 3 Preferencias de contacto para cortes de energía u otras comunicaciones de Medical Baseline (marque todas las opciones que correspondan)

Asegúrese de que PG&E tenga sus preferencias de contacto correctas para que podamos comunicarnos con usted antes de una interrupción del suministro eléctrico por motivos de seguridad pública (Public Safety Power Shutoff, PSPS) u otras situaciones que puedan resultar en un corte. En ciertas situaciones, también podemos enviar una carta. Todos los métodos de contacto se utilizarán durante un evento de PSPS.

PREFERENCIAS DE CONTACTO

Número de teléfono: _____

Número móvil para mensajes de texto: _____

Correo electrónico: _____

Contacto para clientes con problemas de audición o sordera que utilicen TTY al número de teléfono: _____
TTY es un dispositivo de telecomunicaciones especializado para personas con sordera y problemas de audición.

Entiendo y acepto que:

- Si el médico calificado certifica que la afección médica del residente es permanente, PG&E requiere que se complete un formulario cada cuatro años para autocertificar la elegibilidad continua del residente para el Medical Baseline program.
- Si el médico calificado certifica que la afección médica del residente no es permanente, PG&E requiere que se complete una nueva solicitud que incluya una certificación de un médico calificado cada dos años.
- Los clientes ciegos o con poca visión pueden comunicarse con PG&E llamando al **1-800-743-5000** para solicitar notificaciones en formatos alternativos cuando se envíen avisos para la certificación.
- PG&E no puede garantizar un servicio ininterrumpido de gas y electricidad. Soy responsable de hacer arreglos alternativos en caso de un corte de gas o electricidad.
- Tanto la Parte A como la Parte B de este formulario deben completarse y enviarse a PG&E, en línea o por correo postal, antes de que PG&E procese la solicitud.
- Los clientes también pueden beneficiarse de programas de ahorro de energía como Energy Upgrade California® Home Upgrade. El Energy Savings Assistance Program para clientes calificados por ingresos, proporciona mejoras sin cargo. Para obtener más información, visite pge.com/saveenergy.
- PG&E puede compartir mi información de contacto con organizaciones como agencias estatales y locales de respuesta a emergencias a fin de que puedan brindar asistencia a PG&E y a mí personalmente durante un corte prolongado para apoyar mi seguridad y bienestar.
- Si tiene una tarifa elegible con una asignación de referencia, puede recibir 0.82192 termias diarias adicionales de gas y/o 16.438 kWh de electricidad al precio de referencia de su tarifa actual para alimentar sus dispositivos médicos elegibles. Si tiene una tarifa eléctrica sin una asignación de referencia, puede ser elegible para recibir un descuento fijo del 12% de D-MEDICAL. **Si estas asignaciones de Medical Baseline no satisfacen sus necesidades de energía médica, comuníquese con PG&E llamando al 1-800-743-5000.** Puede encontrar más información sobre el Medical Baseline program en pge.com/medicalbaseline.

PASO 4 Firma

Certifico que la información anterior es correcta. También certifico que el residente con Medical Baseline vive a tiempo completo en esta dirección y requiere el Medical Baseline program. Acepto permitir que PG&E verifique esta información. **También acepto notificar a PG&E de inmediato si el residente calificado se muda o si el residente ya no necesita el Medical Baseline program.**

FIRMA

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

Documento automatizado, Declaración preliminar, Parte A

Puede presentar una solicitud en línea en pge.com/medicalbaseline

