Gas Sample Form No. 62-3481
Medical Baseline Allowance Application

Sheet 1

Please Refer to Attached
Sample Form

Medical Baseline Program Application—Part A (To be completed by customer.)

For Medical Baseline Program Enrollment and Recertification

STEP 1 Account and Customer Information (Please print.)

PG&E CUSTOMER ACCOUNT NUMBER

CUSTOMER FIRST AND LAST NAME (as it appears on PG&E bill)

RESIDENT WITH MEDICAL CONDITION FIRST AND LAST NAME
(the customer or a full-time resident in the service address)

SERVICE ADDRESS | APT NUMBER

CITY | STATE | ZIP CODE

CUSTOMER MAILING ADDRESS (if different than service address) | APT NUMBER

CITY | STATE | ZIP CODE

CUSTOMER HOME PHONE NUMBER | CUSTOMER MOBILE PHONE NUMBER

CUSTOMER EMAIL

STEP 2 For customers billed by someone other than PG&E

NAME OF MOBILE HOME OR APARTMENT COMPLEX

COMPLEX ADDRESS

COMPLEX MANAGER'S NAME | COMPLEX PHONE NUMBER

TENANT'S NAME | TENANT'S PHONE NUMBER

STEP 3 Contact preferences for outages or other Medical Baseline communications (Check all that apply.)

Please make sure PG&E has your correct contact preferences so we can reach you in advance of a planned public safety power shutoff (PSPS) or other situations that may result in an outage. In certain situations, we may also send a letter. All contact methods will be used during a PSPS event.

CONTACT PREFERENCES

- ☐ Phone number: _____
- ☐ Text mobile number: _____
- ☐ Email: _____
- ☐ Contact for Deaf/hard of hearing customers using TTY at phone number: _____
  TTY is a specialized telecommunication device for the deaf and hard of hearing.

I understand and agree that:

1. If the qualified medical practitioner certifies the resident's medical condition is permanent, PG&E requires completion of a form every four years self-certifying the resident's continued eligibility for the Medical Baseline program.
2. If the qualified medical practitioner certifies the resident's medical condition is not permanent, PG&E requires completion of a new application including a qualified medical practitioner's certification every two years.
3. Customers who are Blind or have low vision may contact PG&E at **1-800-743-5000** to request notifications in alternate formats when notices are sent for certification.
4. PG&E cannot guarantee uninterrupted gas and electric service. I am responsible for making alternate arrangements in the event of a gas or an electric outage.
5. Both Part A and Part B of this form must be completed and submitted to PG&E, online or by mail, prior to PG&E processing the application.
6. Customers may also benefit from energy savings programs such as Energy Upgrade California® Home Upgrade. The Energy Savings Assistance Program for income-qualified customers, provides improvements at no charge. For more information, please visit **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E may share my contact information with organizations such as state and local emergency first response agencies, so that they can provide assistance to PG&E and to me personally during an extended outage to support my safety and well-being.
8. If you are on an eligible rate with a baseline, you may receive an additional daily 0.82192 therms of gas and/or 16.438 kWh of electricity at you current rate's baseline price to support your qualifying medical devices. If you are on an electric rate without a baseline, you may be eligible to receive a flat 12% D-MEDICAL discount. **If these Medical Baseline allowances do not meet your medical energy needs, please contact PG&E at 1-800-743-5000.** More information about the Medical Baseline program can be found at **pge.com/medicalbaseline**.

STEP 4 Signature

I certify the above information is correct. I also certify the Medical Baseline resident lives full-time at this address and requires the Medical Baseline program. I agree to allow PG&E to verify this information. **I also agree to notify PG&E promptly if the qualified resident moves or the resident no longer needs the Medical Baseline program.**

SIGN

CUSTOMER SIGNATURE

DATE

Automated Document, Preliminary Statement, Part A

You can apply online at **pge.com/medicalbaseline**.

FOR INTERNAL USE ONLY:

Information collected on this application is used in accordance with PG&E's Privacy Policy. The Privacy Policy is available at **pge.com/privacy**.

62-3481-A January 2024 CRS-0224-7147

Medical Baseline Program Application—Part B (To be completed by Medical Practitioner*.)

Medical Practitioner's Certification for Medical Baseline Program Enrollment and Recertification

STEP 5 To be completed by a qualified medical practitioner

I certify the medical condition and needs of my patient: (Please print.)

PATIENT'S LAST NAME _____ PATIENT'S FIRST NAME _____

1a. Patient is on in-home hospice care (Check one.) ☐ Yes ☐ No

1b. Requires use of life support device(s)† (Check one.) ☐ Yes ☐ No

The following life-support device(s) is/are used in the above-named patient's residence:

Device: _____ ☐ Electricity ☐ Gas

Device: _____ ☐ Electricity ☐ Gas

Device: _____ ☐ Electricity ☐ Gas

†A qualifying life support device is any medical device used to sustain life or relied upon for mobility. This device must run on gas or electricity delivered by PG&E. It includes, but is not limited to, respirators (oxygen concentrators), iron lungs, hemodialysis machines, suction machines, electric nerve stimulators, pressure pads and pumps, aerosol tents, electrostatic and ultrasonic nebulizers, compressors, IPPB machines, kidney dialysis machines and motorized wheelchairs. **Devices used for therapy rather than life support do not qualify.**

2. Requires heating and/or cooling:

Standard Medical Baseline allowances are available for heating and/or cooling if the patient is a paraplegic, quadriplegic, hemiplegic, has multiple sclerosis or scleroderma. Standard Medical Baseline allowances are also available if the patient has a compromised immune system, life-threatening illness, or any other condition for which **additional heating or cooling is medically necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition**.

Additional **heating** is medically necessary: (Check one.) ☐ Yes ☐ No

Additional **cooling** is medically necessary: (Check one.) ☐ Yes ☐ No

3. I certify that the life support device(s) and/or additional heating or cooling will be required for approximately: (Select one.)

☐ Number of Years: _____ or ☐ Permanently

MEDICAL PRACTITIONER'S NAME _____ PHONE NUMBER _____

OFFICE ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

MEDICAL STATE LICENSE OR MILITARY LICENSE NUMBER _____

SIGN _____ DATE _____

*A licensed physician, person licensed pursuant to the Osteopathic Initiative Act, nurse practitioner or physician assistant may certify a patient eligibility as having a life-threatening condition or illness.

PG&E CUSTOMER ACCOUNT NUMBER (same as page 1)

Mail application to:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

OR

apply online: pge.com/medicalbaseline

Automated Document, Preliminary Statement, Part A

"PG&E" refers to Pacific Gas and Electric Company, a subsidiary of PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. All rights reserved. These offerings are funded by California utility customers and administered by PG&E under the auspices of the California Public Utilities Commission.

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:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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**.
7. 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.
8. 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**

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE:

La información recopilada en esta solicitud se utiliza conforme a la Política de privacidad de PG&E. La Política de privacidad está disponible en **pge.com/privacy**

62-3481-A Enero de 2024 CCC-0224-7253

Solicitud de Medical Baseline Program - Parte B (A ser completado por un médico calificado*)

Certificación del médico para la inscripción y recertificación del Medical Baseline Program

PASO 5 A ser completado por un médico calificado

Certifico la afección médica y las necesidades de mi paciente: (escriba en letra de imprenta)

APELLIDO DEL PACIENTE _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

1a. El paciente está recibiendo cuidados paliativos en el hogar (marque una opción) ☐ Sí ☐ No

1b. Requiere el uso de dispositivos de soporte vital (marque una opción) ☐ Sí ☐ No

Los siguientes dispositivos de soporte vital se utilizan en la residencia del paciente mencionado anteriormente:

Dispositivo: _____ ☐ Electricidad ☐ Gas

Dispositivo: _____ ☐ Electricidad ☐ Gas

Dispositivo: _____ ☐ Electricidad ☐ Gas

†Un dispositivo de soporte vital calificado es cualquier dispositivo médico utilizado para mantener la vida o que sea necesario para la movilidad. Este dispositivo debe funcionar con gas o electricidad suministrada por PG&E. Incluye, pero no se limita a, respiradores (concentradores de oxígeno, pulmones de hierro, máquinas de hemodiálisis, máquinas de succión, estimuladores nerviosos eléctricos, almohadillas y bombas de presión, tiendas de aerosol, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, compresores, máquinas de respiración de presión positiva intermitente (intermittent positive pressure breathing, IPPB), máquinas de diálisis y sillas de ruedas motorizadas. **Los dispositivos utilizados para la terapia en lugar del soporte vital no califican.**

2. Requiere calefacción y/o enfriamiento:

Están disponibles asignaciones estándar de Medical Baseline para calefacción y/o enfriamiento si el paciente es parapléjico, tetrapléjico, hemipléjico, tiene esclerosis múltiple o esclerodermia. También están disponibles asignaciones estándar de Medical Baseline si el paciente tiene un sistema inmunitario deteriorado, una enfermedad potencialmente mortal o cualquier otra afección **que médicamente requiera calefacción o enfriamiento adicionales para preservar la vida del paciente o prevenir el deterioro de la afección médica del paciente.**

La **calefacción** adicional es médicamente necesario: (marque una opción) ☐ Sí ☐ No

El **enfriamiento** adicional es médicamente necesario: (marque una opción) ☐ Sí ☐ No

3. Certifico que el/los dispositivo(s) de soporte vital y/o la calefacción o el aire acondicionado adicional serán requeridos por aproximadamente: (seleccione una opción)

☐ Número de años: _____ o ☐ Permanentemente

NOMBRE DEL MÉDICO _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

LICENCIA MÉDICA ESTATAL O NÚMERO DE LICENCIA MILITAR _____

FIRMA _____ FECHA _____

*Un médico con licencia, una persona con licencia de conformidad con la Ley de Iniciativa Osteopática (Osteopathic Initiative Act), una enfermera practicante o un asistente médico pueden certificar la elegibilidad de un paciente con una afección o enfermedad potencialmente mortal.

NÚMERO DE CUENTA DEL CLIENTE DE PG&E (igual que en la página 1)

Envíe la solicitud por correo postal a:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

O BIEN

Solicite en línea: pge.com/medicalbaseline

Documento automatizado, Declaración preliminar, Parte A

"PG&E" se refiere a Pacific Gas and Electric Company, una subsidiaria de PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. Todos los derechos reservados. Estas ofertas son financiadas por clientes de servicios públicos de California y administradas por PG&E a través de la California Public Utilities Commission.

62-3481-B Enero de 2024 CCC-0224-7253

Medical Baseline Program 申請 - A 部分 （由顧客填寫）

Medical Baseline Program 註冊與重新認證專用

第一步 帳戶與顧客資訊 （請用正楷書寫。）

PG&E 顧客帳號

顧客名字與姓氏（按 PG&E 帳單所示）

有醫療病症的住戶名字與姓氏
（服務地址的顧客或常年住戶）

服務地址　　公寓號碼

城市　　州　　郵遞區號

顧客郵寄地址（如與服務地址不同者）　　公寓號碼

城市　　州　　郵遞區號

顧客住家電話號碼　　顧客行動電話號碼

顧客電子郵件

第二步 由 PG&E 以外之人出帳的顧客

移動式房屋或公寓綜合大樓名稱

綜合大樓地址

綜合大樓經理姓名　　綜合大樓電話號碼

租戶姓名　　租戶電話號碼

第三步： 停電或其他 Medical Baseline 通訊的聯絡偏好設定（勾選所有適用選項。）

請務必確保 PG&E 有您偏好的正確聯絡方式，以便我們能在預定公共安全斷電 [Public Safety Power Shutoff (PSPS)] 或其他可能導致停電的情況發生前與您聯絡。在部分情況下，我們也可能寄發信函。在發生 PSPS 事件期間，所有聯絡方式都會使用。

偏好聯絡方式

☐ 電話號碼：

☐ 簡訊手機號碼：

☐ 電子郵件：

☐ 使用 TTY 的聽障/重聽顧客的聯絡電話號碼：
TTY 是一種供聽障及重聽者專用通訊裝置。

我瞭解並同意下列事項：

1. 如果合格醫療執業人員認證該住戶的醫療病症為永久性，PG&E 會要求每四年填交一份表格，自我認證該住戶持續符合 Medical Baseline Program 的資格。
2. 如果合格醫療執業人員認證該住戶的醫療病症不具永久性，PG&E 會要求填寫新的申請書，包括由合格醫療執業人員每二年進行一次的認證。
3. 失明或弱視的顧客可以撥打 **1-800-743-5000** 跟 PG&E 聯絡， 要求在寄發通知取得認證時，以其他格式收受通知。
4. PG&E 無法保證瓦斯與電力服務不會中斷。在發生瓦斯或電力中斷時，我應自行負責安排其他替代方案。
5. 本表格的 A 部分與 B 部分都必須以線上或郵寄方式填寫提交給 PG&E，PG&E 才會處理申請作業。
6. 顧客也可能受益於節能計畫，例如：Energy Upgrade California® Home Upgrade。對於符合收入條件的顧客，能源節約協助計畫（Energy Savings Assistance Program）能免費提供改善措施。如欲取得更多資訊，請前往 **pge.com/saveenergy**。
7. PG&E 可能會跟州級與地方緊急救護機構等組織分享我的聯絡資訊，以便他們向 PG&E 提供協助，以及在停電時間延長期間為我提供協助，維護我的安全與福祉。
8. 如果您已經符合基準線的費率，可能還有機會以目前費率的基準價格，額外收到每日 0.82192 撒姆（therm）的瓦斯和/或 16.438 kWh 的電力，以支援您符合資格的醫療裝置。如果您使用的不是基準線的電力費率，您可能有資格獲得 12% 的 D-MEDICAL 折扣。如果這些 **Medical Baseline Allowances** 無法滿足您的醫療能源需求，請撥打 **1-800-743-5000** 與 **PG&E** 聯絡。如需更多有關 Medical Baseline Program 的相關資訊，可以在 **pge.com/medicalbaseline** 查閱。

第四步 簽名

我證明以上資訊正確無誤。我亦證明該 Medical Baseline 住戶為此地址的常年住戶，並且需要 Medical Baseline Program。我同意允許 PG&E 驗證該等資訊。我也同意，如果該符合資格住戶遷移或該住戶不再需要 **Medical Baseline Program**，我會立即通知 **PG&E**。

簽名

顧客簽名

日期

自動產生文件，初始聲明，A 部分

您可以前往 **pge.com/medicalbaseline** 進行線上申請。

僅供內部使用：

本申請案所收集的資訊，係按照 PG&E 的隱私權政策使用。隱私權政策可以在 **pge.com/privacy** 查閱。

Medical Baseline Program 申請 - B 部分 （應由合格醫療執業人員填寫*）

醫療執業人員對 Medical Baseline Program 註冊與重新認證的認證

第五步 應由合格醫療執業人員填寫

我證明我的病患的醫療病症與需求：（請用正楷書寫。）

病患的姓氏 _____ 病患的名字 _____

1a. 病患目前為居家臨終照護 **（勾選一個。）** ☐ 是 ☐ 否

1b. 需要使用維生裝置 **（勾選一個。）** ☐ 是 ☐ 否

上述病患的住所使用以下維生裝置：

裝置：_____ ☐ 電力 ☐ 瓦斯

裝置：_____ ☐ 電力 ☐ 瓦斯

裝置：_____ ☐ 電力 ☐ 瓦斯

†符合資格的維生裝置是用於維持生命或輔助行動能力的任何醫療裝置。此裝置必須以 PG&E 提供的瓦斯或電力作為動力來源。裝置包括但不限於呼吸器（氧氣機）、人工呼吸器、血液透析機、抽吸機、神經電位刺激器、壓力墊和幫浦、噴霧帷幕、靜電和超音波噴霧器、壓縮機、間歇正壓呼吸訓練（IPPB）機、腎臟透析機及電動輪椅等。用於治療而非用於維生的裝置不符合資格。

2. 需要暖氣和/或冷氣溫度調節：

病患如有下半身癱瘓、四肢癱瘓、半身偏癱、多發性硬化症或硬皮病，提供標準 Medical Baseline Allowances 用於暖氣和/或冷氣等溫度調節。病患如免疫系統受損、有危及生命的疾病、或其他任何在醫療上需要額外暖氣或冷氣等環境溫度調節的病症者，我們亦提供標準 **MedicalBaseline Allowance**，以便能讓病患維持生命或避免醫療病症惡化。

醫療上需要額外**暖氣**：（勾選一個。） ☐ 是 ☐ 否

醫療上需要額外**冷氣**：（勾選一個。） ☐ 是 ☐ 否

3. 我證明將需要維生裝置和/或額外暖氣/冷氣，而且大約需要時間為：（選取一個。）

☐ 年數：_____ 或 ☐ 永久

醫師姓名 _____ 電話號碼 _____

辦公室地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

醫療州執照或軍方執照編號 _____

簽名 **日期**

*有執照的醫師、依 Osteopathic Initiative Act 規定取得執照的人、職業護理師、或醫師助理可以證明病患因擁有危及生命的疾病而符合資格。

PG&E 顧客帳號（跟第 1 頁相同）

把申請表郵寄至：

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

或

線上申請：pge.com/medicalbaseline

自動產生文件，初始聲明，A 部分

「PG&E」係指 PG&E Corporation 的子公司太平洋煤電公司。©2024 太平洋煤電公司。保留所有權利。這些產品由加州公用事業顧客所資助，並在 California Public Utilities Commission 的支持下由 PG&E 管理。

62-3481-B 2024 年 1 月 CCC-0224-7254

Medical Baseline Program 신청서—파트 A (고객이 작성해야 합니다.)

Medical Baseline Program 등록 및 재인증용

1단계 계정 및 고객 정보 (정자 기재 요망.)

PG&E 고객 계정 번호

고객 이름과 성(PG&E 청구서에 표시된 것과 동일)

질병이 있는 거주자의 이름과 성
(고객 또는 해당 주소지의 상주 거주자)

서비스 주소 | 아파트 호수

시 | 주 | 우편번호

고객 우편 주소(서비스 주소와 다른 경우) | 아파트 호수

시 | 주 | 우편번호

고객 자택 전화번호 | 고객 휴대폰 번호

고객 이메일

2단계 PG&E가 아닌 다른 곳에서 청구서를 받은 고객의 경우

이동식 주택 또는 아파트 단지 이름

단지 주소

단지 관리자 이름 | 단지 전화번호

세입자 이름 | 세입자 전화번호

3단계 정전 또는 기타 Medical Baseline 커뮤니케이션을 위한 선호하는 연락 방법 (해당되는 모든 것에 체크 표시.)

계획된 공공 안전 전력 차단(PSPS) 또는 정전으로 발생할 수 있는 기타 상황에 앞서 귀하에게 연락을 취할 수 있도록 PG&E가 귀하의 연락처 기본 설정을 정확하게 알고 있는지 확인하시기 바랍니다. 특정 상황에서는 우편물을 발송할 수도 있습니다. PSPS 상황 발생 기간 동안 모든 연락 방법이 사용됩니다.

연락처 기본 설정

☐ 전화번호: _____

☐ 휴대폰 번호로 문자 전송: _____

☐ 이메일: _____

☐ TTY를 사용하는 청각 장애/난청 고객을 위한 전화번호: _____
TTY는 청각 장애인을 위한 특수 통신 장치입니다.

본인은 다음 사항을 이해하며 이에 동의합니다.

1. 자격을 갖춘 의사가 거주자의 건강 상태가 영구적이라고 인증하는 경우, PG&E는 4년마다 거주자가 Medical Baseline Program에 대한 지속적인 자격이 있음을 자가 인증하는 양식을 작성하도록 요구합니다.
2. 자격을 갖춘 의사가 거주자의 건강 상태가 영구적이지 않다고 인증하는 경우, PG&E는 2년마다 자격을 갖춘 의사의 인증서를 포함한 새로운 신청서를 작성하도록 요구합니다.
3. 시각 장애인 또는 저시력 고객은 **1-800-743-5000** 번으로 PG&E에 연락하여 인증을 위한 통지서 발송 시 다른 형식의 통지를 요청할 수 있습니다.
4. PG&E는 가스 및 전기 서비스의 중단 없는 공급을 보장할 수 없습니다. 가스 또는 전기 공급이 중단되는 경우 대체 방안을 마련할 책임은 본인에게 있습니다.
5. PG&E가 신청서를 처리하기 전에 이 양식의 파트 A와 파트 B를 모두 작성하여 온라인 또는 우편으로 PG&E에 제출해야 합니다.
6. 고객은 Energy Upgrade California® Home Upgrade와 같은 에너지 절약 프로그램의 혜택을 누릴 수도 있습니다. Energy Savings Assistance Program은 소득 자격을 갖춘 고객을 대상으로 무료 개선 서비스를 제공합니다. 자세한 정보는 **pge.com/saveenergy**를 참조하십시오.
7. PG&E는 주 및 지역 비상 응급 대응 기관과 같은 조직과 본인의 연락처 정보를 공유하여 정전이 장기화되는 동안 PG&E와 본인에게 개인적으로 도움을 제공하여 안전과 건강을 지원하도록 할 수 있습니다.
8. Baseline을 적용하는 적격 요금제를 사용 중인 경우, 적격 의료 기기를 지원하기 위해 현재 요금의 Baseline 가격으로 매일 0.82192 therms의 가스 및/또는 16.438kWh의 전기를 추가로 지원받을 수 있습니다. Baseline 전기 요금제를 사용하지 않는 경우, 일률적으로 12%의 D-MEDICAL 할인을 받을 수 있습니다. **Medical Baseline Allowance로 귀하의 에너지 필요량을 충족하지 못하는 경우, 1-800-743-5000번으로 PG&E에 문의하시기 바랍니다.**Medical Baseline Program에 대한 자세한 내용은 **pge.com/medicalbaseline**에서 확인할 수 있습니다..

4단계 서명

본인은 위의 정보가 정확함을 인증합니다. 또한 본인은 Medical Baseline 거주자가 이 주소에 상주 거주하며 Medical Baseline Program이 필요하거나 계속 필요하다는 것을 인증합니다. 본인은 PG&E가 이 정보를 확인하는 것에 동의합니다.**또한 본인은 자격을 갖춘 거주자가 이사를 가거나 거주자에게 Medical Baseline Program이 더 이상 필요하지 않은 경우 PG&E에 즉시 알리는 데 동의합니다.**

서명

고객 서명

날짜

자동화된 문서, 예비 청구 명세서, 파트 A

pge.com/medicalbaseline에서 온라인으로 신청할 수 있습니다.

내부 전용:

이 애플리케이션에서 수집된 정보는 PG&E의 개인정보 보호 정책에 따라 사용됩니다. 개인정보 보호 정책은 **pge.com/privacy**에서 확인할 수 있습니다.

62-3481-A 2024년 1월 CCC-0224-7255

Medical Baseline Program 신청서—파트 B (의사가 작성해야 합니다*.)

Medical Baseline Program 등록 및 재인증을 위한 의사 인증

5단계 자격을 갖춘 의사가 작성해야 합니다.

본인은 환자의 다음과 같은 의학적 상태와 필요를 인증합니다.(정자 기재 요망.)

환자의 성 _____ 환자의 이름 _____

1a. 환자가 가정 내 호스피스 간병을 받고 있음 (하나에 체크 표시.) ☐ 예 ☐ 아니요

1b. 생명 유지 장치 사용 필요 (하나에 체크 표시.) ☐ 예 ☐ 아니요

위에 기재된 환자의 거주지에서 다음과 같은 생명 유지 장치를 사용하고 있습니다.

장치: _____ ☐ 전기 ☐ 가스

장치: _____ ☐ 전기 ☐ 가스

장치: _____ ☐ 전기 ☐ 가스

†적격 생명 유지 장치란 생명 유지에 사용되거나 거동을 돕기 위해 사용되는 모든 의료 기기를 말합니다. 이 장치는 PG&E가 공급하는 가스 또는 전기로 작동해야 합니다. 여기에는 호흡기(산소 농축기), 철제 호흡 보조 장치, 혈액 투석기, 석션기, 전기 신경 자극기, 압력 패드 및 펌프, 에어로졸 텐트, 정전기 및 초음파 분무기, 압축기, IPPB 기계, 신장 투석기 및 전동 휠체어 등이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.생명 유지가 아닌 치료에 사용되는 장치는 해당되지 않습니다.

2. 다음 난방 및/또는 냉방이 필요합니다.

환자가 하반신 마비, 사지 마비, 편마비, 다발성 경화증 또는 경피증이 있는 경우 난방 및/또는 냉방에 대해 Standard Medical Baseline Allowance를 받을 수 있습니다. 면역 체계가 약화되었거나 생명을 위협하는 질병을 앓고 있거나 환자의 생명을 유지하거나 환자의 건강 상태 악화를 방지하기 위해 **추가적인 난방 또는 냉방이 의학적으로 필요한 기타 질환이 있는 경우에도 Standard Medical Baseline Allowance를 받을 수 있습니다.**

추가 **난방**이 의학적으로 필요합니다. (하나에 체크 표시.) ☐ 예 ☐ 아니요

추가 **냉방**이 의학적으로 필요합니다. (하나에 체크 표시.) ☐ 예 ☐ 아니요

3. 본인은 생명 유지 장치 및/또는 추가 난방 또는 냉방이 대략 다음 기간 동안 필요하다는 것을 인증합니다. (하나 선택.)

☐ 년 수: _____ 또는 ☐ 영구적

의사 이름 _____ 전화번호 _____

사무실 주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

의료 주 면허증 또는 군 면허증 번호 _____

서명 _____ 날짜 _____

*면허를 소지한 의사, Osteopathic Initiative Act에 따라 면허를 취득한 사람, 전문간호사 또는 의사 보조원은 생명을 위협하는 상태 또는 질병이 있는 것으로 환자 적격성을 인증할 수 있습니다.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PG&E 고객 계정 번호(1페이지와 동일)

신청서 발송 우편 주소:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208
또는
온라인 신청: pge.com/medicalbaseline

자동화된 문서, 예비 청구 명세서, 파트 A

"PG&E"는 PG&E Corporation의 자회사인 Pacific Gas and Electric Company를 의미합니다. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. 저작권 소유. 이러한 서비스는 California 유틸리티 고객이 자금을 지원하고 California Public Utilities Commision의 후원을 받아 PG&E가 관리합니다.

62-3481-B 2024년 1월 CCC-0224-7255

Заявка на участие в программе Medical Baseline Program — часть A (Заполняется клиентом)

Для регистрации и ресертификации в Medical Baseline Program

ШАГ 1 Информация о счете и клиенте (Заполнить печатными буквами)

НОМЕР СЧЕТА КЛИЕНТА PG&E

ФАМИЛИЯ И ИМЯ КЛИЕНТА (как указано в счете PG&E)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЖИТЕЛЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ
(клиент или постоянно проживающий по адресу обслуживания)

АДРЕС ОБСЛУЖИВАНИЯ | НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД | ШТАТ | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС КЛИЕНТА (если он отличается от адреса обслуживания) | НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД | ШТАТ | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА КЛИЕНТА | НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА КЛИЕНТА

ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС КЛИЕНТА

ШАГ 2 Для клиентов, которым счета выставляет не компания PG&E

НАЗВАНИЕ КОМПЛЕКСА МОБИЛЬНЫХ ДОМОВ ИЛИ КВАРТИР

АДРЕС КОМПЛЕКСА

ИМЯ УПРАВЛЯЮЩЕГО КОМПЛЕКСОМ | НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОМПЛЕКСА

ИМЯ АРЕНДАТОРА | НОМЕР ТЕЛЕФОНА АРЕНДАТОРА

ШАГ 3 Предпочтения относительно контактов для получения информации об отключениях или других сообщений Medical Baseline (Отметьте все, что применимо)

Убедитесь, что компания PG&E правильно указала ваши контактные данные, чтобы мы могли связаться с вами заранее при запланированном отключении электроэнергии в целях обеспечения общественной безопасности (PSPS) или в других ситуациях, которые могут привести к отключению электроэнергии. В некоторых случаях мы также можем отправить письмо. Во время мероприятия PSPS будут использоваться все способы связи.

ПРЕДПОЧИТАЕМЫЕ КОНТАКТЫ

☐ Номер телефона: _____

☐ Номер мобильного телефона для текстовых сообщений: _____

☐ Эл. почта: _____

☐ Связь для глухих и слабослышащих клиентов с помощью TTY по номеру телефона: _____
TTY — это специализированное телекоммуникационное устройство для глухих и слабослышащих людей.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что:

1. Если врач, имеющий соответствующую квалификацию, подтверждает, что состояние здоровья жильца является постоянным, компания PG&E требует заполнения каждые четыре года формы, подтверждающей право жильца на участие в Medical Baseline Program.
2. Если врач, имеющий соответствующую квалификацию, подтверждает, что состояние здоровья жильца не является постоянным, PG&E требует заполнения новой заявки, включающей справку от врача, имеющего соответствующую квалификацию, каждые два года.
3. Слепые или слабовидящие клиенты могут обратиться в компанию PG&E по телефону **1-800-743-5000** для запроса уведомлений в альтернативных форматах при отправке уведомлений на сертификацию.
4. PG&E не может гарантировать бесперебойную подачу газа и электроэнергии. Я несу ответственность за принятие альтернативных мер в случае отключения газа или электричества.
5. Обе части A и B этой формы должны быть заполнены и отправлены в PG&E онлайн или по почте до того, как PG&E обработает заявление.
6. Клиенты также могут воспользоваться программами энергосбережения, такими как Energy Upgrade California® Home Upgrade. Программа Energy Savings Assistance Program для клиентов, имеющих соответствующий доход, предоставляет возможность бесплатных модернизаций. Подробную информацию см. на сайте **pge.com/saveenergy**.
7. Компания PG&E может передавать мою контактную информацию таким организациям, как государственные и местные службы экстренного реагирования, чтобы они могли оказать помощь компании PG&E и мне лично во время длительного отключения для обеспечения моей безопасности и благополучия.
8. Если вы пользуетесь подходящим тарифом с базовой ценой, вы можете ежедневно получать дополнительно 0,82192 терма газа и/или 16,438 кВт-ч электроэнергии по базовой цене вашего текущего тарифа для поддержания работы медицинских приборов, отвечающих установленным требованиям. Если вы пользуетесь тарифом на электроэнергию без базовой цены, вы можете получить фиксированную 12%-ную скидку D-MEDICAL, **Если эти субсидии Medical Baseline не соответствуют вашим потребностям в электроэнергии для медицинских устройств, свяжитесь с PG&E по телефону 1-800-743-5000** Более подробную информацию о программе Medical Baseline Program можно найти на сайте **pge.com/medicalbaseline**.

ШАГ 4 Подпись

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация верна. Я также подтверждаю, что житель, участвующий в программе Medical Baseline, постоянно проживает по этому адресу и нуждается или продолжает нуждаться в Medical Baseline Program. Я согласен на проверку этой информации компанией PG&E. **Я также обязуюсь незамедлительно уведомить компанию PG&E, если отвечающий требованиям жилец переедет или если Medical Baseline Program жильцу больше не нужна.**

ПОДПИСЬ

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

Автоматизированный документ, предварительный отчет, часть A

Вы можете подать заявку онлайн на сайте **pge.com/medicalbaseline**

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Информация, полученная в этом заявлении, используется в соответствии с Политикой конфиденциальности компании PG&E. Политика конфиденциальности доступна на сайте **pge.com/privacy**

62-3481-A Январь 2024 г. CCC-0224-7256

Заявка на участие в программе Medical Baseline Program — часть B (Заполняется медицинским работником*)

Сертификация практикующего врача для регистрации и ресертификации Medical Baseline Program

ШАГ 5 Заполняется медицинским работником, имеющим соответствующую квалификацию

Я подтверждаю состояние здоровья и потребности моего пациента: (Заполнить печатными буквами)

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА _____ ИМЯ ПАЦИЕНТА _____

1a. Пациент находится на домашнем хосписном лечении (Отметить один пункт) Да ☐ Нет ☐

1b. Требуется использование аппарата(ов) жизнеобеспечения (Отметить один пункт) Да ☐ Нет ☐

В доме вышеупомянутого пациента используются следующие устройства жизнеобеспечения:

Устройство: _____ ☐ Электричество Газ ☐

Устройство: _____ ☐ Электричество Газ ☐

Устройство: _____ ☐ Электричество Газ ☐

†Соответствующее требованиям устройство жизнеобеспечения — это любое медицинское устройство, используемое для поддержания жизни или необходимое для передвижения. Это устройство должно работать на газе или электричестве, поставляемом компанией PG&E. К ним относятся, в частности, респираторы (кислородные концентраторы), аппараты искусственного дыхания, аппараты для гемодиализа, отсасывающие аппараты, электрические стимуляторы нервов, нажимные подушки и насосы, аэрозольные палатки, электростатические и ультразвуковые небулайзеры, компрессоры, аппараты IPPB, аппараты для диализа почек и моторизованные инвалидные кресла. **Устройства, используемые для терапии, а не для поддержания жизнедеятельности, не входят в список.**

2. Требуется обогрев и/или охлаждение:

Если пациент является параплегиком, квадриплегиком, гемиплегиком, страдает рассеянным склерозом или склеродермией, ему предоставляются субсидии на отопление и/или охлаждение в соответствии со Standard Medical Baseline Allowance. Standard Medical Baseline Allowance также предоставляются, если у пациента ослаблена иммунная система, имеется угрожающее жизни заболевание или любое другое состояние, при котором **необходим дополнительный обогрев или охлаждение по медицинским показаниям для поддержания жизни пациента или предотвращения ухудшения его состояния.**

Дополнительное **отопление** необходимо по медицинским показаниям: (Отметить один пункт) Да ☐ Нет ☐

Дополнительное **охлаждение** необходимо по медицинским показаниям: (Отметить один пункт) Да ☐ Нет ☐

3. Я подтверждаю, что устройство (устройства) жизнеобеспечения и/или дополнительное отопление или охлаждение потребуются приблизительно: (Выберите одно)

☐ Количество лет: _____ или ☐ Постоянно

ИМЯ ВРАЧА _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС ОФИСА _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ ИЛИ ВОЕННОЙ ЛИЦЕНЗИИ _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

* Лицензированный врач, лицо, лицензированное в соответствии с Osteopathic Initiative Act, практикующая медсестра или помощник врача могут подтвердить соответствие пациента требованиям, предъявляемым к состоянию или заболеванию, угрожающему жизни.

НОМЕР СЧЕТА КЛИЕНТА PG&E (такой же, как на странице 1)

Отправьте заявку по почте по адресу:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

или

подайте заявление онлайн:
pge.com/medicalbaseline

Автоматизированный документ, предварительный отчет, часть A

«PG&E» является сокращением для Pacific Gas and Electric Company, дочерней компании PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. Все права сохранены. Эти предложения финансируются потребителями коммунальных услуг Калифорнии и управляются компанией PG&E при поддержке California Public Utilities Commission. **62-3481-B** Январь 2024 г. CCC-0224-7256

Ứng dụng Medical Baseline Program—Phần A (Do khách hàng điền.)

Để đăng ký tham gia Medical Baseline Program và xác nhận lại

BƯỚC 1 Thông tin về Tài khoản và Khách hàng (Vui lòng viết in hoa.)

SỐ TÀI KHOẢN KHÁCH HÀNG CỦA PG&E

TÊN VÀ HỌ CỦA KHÁCH HÀNG (như ghi trên hóa đơn PG&E)

TÊN VÀ HỌ CỦA NGƯỜI CƯ TRÚ CÓ BỆNH TRẠNG
(khách hàng hoặc người cư trú toàn thời gian tại địa chỉ tự xác nhận)

ĐỊA CHỈ DỊCH VỤ | SỐ CĂN HỘ

THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP

ĐỊA CHỈ GỬI THƯ CỦA KHÁCH HÀNG (nếu khác địa chỉ dịch vụ) | SỐ CĂN HỘ

THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ RIÊNG CỦA KHÁCH HÀNG | SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG CỦA KHÁCH HÀNG

EMAIL CỦA KHÁCH HÀNG

BƯỚC 2 Dành cho khách hàng có hóa đơn của công ty khác không phải PG&E

TÊN KHU TỔ HỢP NHÀ DI ĐỘNG HOẶC CĂN HỘ

ĐỊA CHỈ KHU TỔ HỢP

TÊN QUẢN LÝ KHU TỔ HỢP | SỐ ĐIỆN THOẠI KHU TỔ HỢP

TÊN NGƯỜI THUÊ | SỐ ĐIỆN THOẠI NGƯỜI THUÊ

BƯỚC 3 Tùy chọn liên hệ khi cắt điện hoặc các thông tin liên lạc khác của Medical Baseline (Đánh dấu tất cả lựa chọn phù hợp.)

Vui lòng đảm bảo là PG&E biết chính xác phương thức liên hệ ưu tiên của quý vị để chúng tôi có thể liên hệ với quý vị trước khi cắt điện vì an toàn công cộng (public safety power shutoff, PSPS) theo kế hoạch hoặc trước khi xảy ra các tình huống khác có thể dẫn đến cắt tiện ích. Trong một số tình huống nhất định, chúng tôi cũng có thể gửi thư. Chúng tôi sẽ sử dụng mọi phương thức liên lạc trong trường hợp diễn ra PSPS.

PHƯƠNG THỨC LIÊN HỆ ƯU TIÊN

☐ Số điện thoại: _____

☐ Số di động nhận tin nhắn: _____

☐ Email: _____

☐ Khách hàng là người khiếm thính/lãng tai sẽ được liên hệ qua TTY theo số điện thoại: _____
TTY là thiết bị viễn thông chuyên dụng dành cho người khiếm thính và lãng tai.

Tôi hiểu và đồng ý rằng:

1. Nếu bác sĩ đủ điều kiện xác nhận bệnh trạng của người cư trú là tình trạng vĩnh viễn, PG&E yêu cầu phải hoàn thành một biểu mẫu bốn năm một lần để tự xác nhận rằng người cư trú vẫn tiếp tục hội đủ điều kiện tham gia Medical Baseline program.
2. Nếu bác sĩ đủ điều kiện xác nhận rằng bệnh trạng của người cư trú không phải là tình trạng vĩnh viễn, PG&E yêu cầu phải hoàn thành đơn đăng ký mới hai năm một lần, bao gồm cả xác nhận của bác sĩ đủ điều kiện.
3. Khách hàng Khiếm thị hoặc có thị lực kém có thể liên hệ với PG&E theo số **1-800-743-5000** để yêu cầu nhận thông báo bằng định dạng khác khi có thông báo về việc chứng nhận.
4. PG&E không thể bảo đảm dịch vụ khí đốt và điện sẽ không bị gián đoạn. Tôi có trách nhiệm thu xếp phương án khác trong trường hợp khí đốt hoặc điện bị cắt.
5. Quý vị phải hoàn thành cả Phần A và Phần B của biểu mẫu này và gửi cho PG&E qua mạng hoặc qua đường bưu điện, trước khi PG&E xử lý đơn đăng ký.
6. Khách hàng cũng có thể hưởng lợi từ chương trình tiết kiệm năng lượng như Nâng cấp Nhà ở Energy Upgrade California®. Chương trình Hỗ trợ Tiết kiệm Năng lượng cho khách hàng có thu nhập đủ điều kiện sẽ tiến hành cải tạo miễn phí. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E có thể chia sẻ thông tin liên lạc của tôi cho các tổ chức như các cơ quan ứng phó nhanh khẩn cấp của tiểu bang và địa phương, để họ có thể hỗ trợ PG&E cũng như cá nhân tôi trong thời gian tiện ích bị cắt kéo dài để hỗ trợ cho tôi an toàn và khỏe mạnh.
8. Nếu đang ở mức hội đủ điều kiện với ngưỡng cơ sở, quý vị có thể nhận thêm 0,82192 therm khí đốt và/hoặc 16,438 kWh điện mỗi ngày theo giá cơ sở của mức hiện tại của quý vị để hỗ trợ cho các thiết bị y tế đủ điều kiện của quý vị. Nếu đang sử dụng mức điện không có ngưỡng cơ sở, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận mức chiết khấu D-MEDICAL cố định 12%. **Nếu các mức trợ cấp Medical Baseline này không đáp ứng nhu cầu năng lượng cho mục đích y tế của quý vị, vui lòng liên hệ với PG&E theo số 1-800-743-5000**. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về Medical Baseline program tại địa chỉ **pge.com/medicalbaseline**.

BƯỚC 4 Chữ ký

Tôi xác nhận rằng thông tin trên đây là chính xác. Tôi cũng xác nhận rằng người cư trú theo Medical Baseline program sống toàn thời gian ở địa chỉ này và cần Medical Baseline program. Tôi đồng ý cho phép PG&E xác minh thông tin này. **Tôi cũng đồng ý thông báo cho PG&E kịp thời nếu người cư trú đủ điều kiện chuyển đi hoặc không còn cần Medical Baseline program nữa.**

KÝ TÊN

CHỮ KÝ KHÁCH HÀNG

NGÀY

Tài liệu tự động, Tuyên bố sơ bộ, Phần A

Quý vị có thể đăng ký trực tuyến tại **pge.com/medicalbaseline**

CHỈ DÙNG NỘI BỘ:

Thông tin trong đơn đăng ký này được sử dụng theo Chính sách Quyền riêng tư của PG&E. Quý vị có thể xem Chính sách Quyền riêng tư tại địa chỉ **pge.com/privacy**

62-3481-A Tháng 1 năm 2024 CCC-0224-7258

Ứng dụng Medical Baseline Program—Phần AB (Do Bác sĩ hoàn thành*.)

Xác nhận của Bác sĩ để Ghi danh Tham gia Medical Baseline Program và Xác nhận lại

BƯỚC 5 **Do bác sĩ đủ điều kiện hoàn thành**

Tôi xác nhận bệnh trạng và nhu cầu của bệnh nhân của tôi: (Vui lòng viết in hoa.)

HỌ BỆNH NHÂN _____ TÊN BỆNH NHÂN _____

1a. Bệnh nhân đang được chăm sóc cuối đời tại nhà (Đánh dấu một lựa chọn.) ☐ Có ☐ Không

1b. Cần sử dụng (các) thiết bị hỗ trợ sự sống (Đánh dấu một lựa chọn.) ☐ Có ☐ Không

(Các) thiết bị hỗ trợ sự sống sau đây được sử dụng tại nơi ở của bệnh nhân có tên trên đây:

Thiết bị: _____ ☐ Điện năng ☐ Khí đốt

Thiết bị: _____ ☐ Điện năng ☐ Khí đốt

Thiết bị: _____ ☐ Điện năng ☐ Khí đốt

†Thiết bị hỗ trợ sự sống đủ điều kiện là bất kỳ thiết bị y tế nào được dùng để duy trì sự sống hoặc dùng để đi lại. Thiết bị này phải dùng khí đốt hoặc điện do PG&E cung cấp. Các thiết bị này bao gồm nhưng không giới hạn ở: máy thở (máy tạo oxy), máy thở áp lực âm, máy thẩm tách, máy hút, máy kích thích thần kinh bằng điện, miếng đệm và bơm áp lực, buồng thở, máy xông khí dung tĩnh điện và siêu âm, máy nén, máy IPPB, máy lọc thận và xe lăn có động cơ. **Các thiết bị được dùng để trị liệu thay vì hỗ trợ sự sống sẽ không đủ điều kiện.**

2. Cần sưởi và/hoặc làm mát:

Trợ cấp Medical Baseline Tiêu chuẩn sẽ được cung cấp cho dịch vụ sưởi và/hoặc làm mát nếu bệnh nhân liệt hai chi dưới, liệt tứ chi, liệt nửa người, mắc bệnh đa xơ cứng hoặc xơ cứng bì. Trợ cấp Medical Baseline Tiêu chuẩn cũng được cung cấp nếu bệnh nhân bị suy yếu hệ miễn dịch, mắc bệnh hiểm nghèo hoặc bất kỳ bệnh trạng nào khác mà **việc sưởi ấm hoặc làm mát thêm là cần thiết về mặt y tế để duy trì sự sống của bệnh nhân hoặc tránh để bệnh trạng của bệnh nhân trầm trọng thêm.**

Sưởi ấm **thêm** là cần thiết về mặt y tế: (Đánh dấu một lựa chọn.) ☐ Có ☐ Không

Làm mát **thêm** là cần thiết về mặt y tế: (Đánh dấu một lựa chọn.) ☐ Có ☐ Không

3. Tôi xác nhận rằng sẽ cần (các) thiết bị hỗ trợ sự sống và/hoặc sưởi hoặc làm mát bổ sung trong khoảng: (Chọn một lựa chọn.)

☐ Số Năm: _____ hoặc ☐ Vĩnh viễn

TÊN BÁC SĨ _____ SỐ ĐIỆN THOẠI _____

ĐỊA CHỈ VĂN PHÒNG _____

THÀNH PHỐ _____ TIỂU BANG _____ MÃ ZIP _____

SỐ GIẤY PHÉP Y TẾ DO TIỂU BANG HOẶC QUÂN ĐỘI CẤP _____

KÝ TÊN _____ NGÀY _____

*Bác sĩ được cấp phép, người được cấp phép theo Osteopathic Initiative Act, y tá chính quy hoặc trợ lý bác sĩ có thể xác nhận bệnh nhân hội đủ điều kiện là có bệnh trạng hoặc bệnh hiểm nghèo.

SỐ TÀI KHOẢN KHÁCH HÀNG CỦA PG&E (giống trang 1)

Gửi giấy đăng ký tới:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

HOẶC

đăng ký trực tuyến: pge.com/medicalbaseline

Tài liệu tự động, Tuyên bố sơ bộ, Phần A

"PG&E" là tên viết tắt của Pacific Gas and Electric Company - một công ty con của PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. Mọi quyền được bảo lưu. Những dịch vụ này được tài trợ bởi các khách hàng tiện ích của California và được PG&E quản lý dưới sự bảo trợ của California Public Utilities Commission.

62-3481-B Tháng 1 năm 2024 CCC-0224-7258

Medical Baseline Program Application—Bahagi A (Kukumpletuhin ng customer.)

Para sa Pagpapatala sa Medical Baseline Program at Muling Pagpapasertipika

HAKBANG 1 Account at Impormasyon ng Customer (Paki-print.)

ACCOUNT NUMBER NG P&GE CUSTOMER

PANGALAN AT APELYIDO NG CUSTOMER (tulad ng makikita sa PG&E bill)

PANGALAN AT APELYIDO NG RESIDENTENG MAY KONDISYONG MEDIKAL (ang customer o isang full-time na residente sa service address)

SERVICE ADDRESS | APT NUMBER

LUNGSOD | ESTADO | ZIP CODE

MAILING ADDRESS NG CUSTOMER (kung naiiba sa service address) | APT NUMBER

LUNGSOD | ESTADO | ZIP CODE

NUMERO NG TELEPONO SA BAHAY NG CUSTOMER | NUMERO NG CELLPHONE NG CUSTOMER

EMAIL NG CUSTOMER

HAKBANG 2 Para sa mga customer na sinisingil ng isang tao maliban sa PG&E

PANGALAN NG MOBILE HOME O APARTMENT COMPLEX

COMPLEX ADDRESS

PANGALAN NG TAGAPAMAHALA NG COMPLEX | NUMERO NG TELEPONO NG COMPLEX

PANGALAN NG TENANT | NUMERO NG TELEPONO NG TENANT

HAKBANG 3 Mga kagustuhan sa pagkontak para sa mga pagkawala o ibang Medical Baseline na mga komunikasyon (I-tsek ang lahat naaangkop.)

Pakitiyak na ang PG&E ay may tamang mga kagustuhan mo sa pagkontak upang makaugnayan ka namin nang pauna sa isang nakaplanong public safety power shutoff (PSPS) o iba pang mga sitwasyon na maaaring magbunga sa pagkawala ng kuryente. Sa ilang sitwasyon, maaari rin kaming magpadala ng isang sulat. Ang lahat ng paraan sa pagkontak ay gagamitin sa panahon ng isang kaganapan ng PSPS.

MGA KAGUSTUHAN SA PAGKONTAK

☐ Numero ng telepono: _____

☐ Numero ng text mobile: _____

☐ Email: _____

☐ Kontak para sa mga Bingi/nahihirapang makarinig na mga customer gamit ang TTY sa numero ng telepono: _____
Ang TTY ay isang pinasadyang telecommunication device para sa bingi at hirap makarinig.

Nauunawaan ko at pumapayag na:

1. Kung pinapatunayan ng kwalipikadong medikal na practitioner na permanente ang kondisyong medikal ng residente, inaatas ng PG&E ang pagkumpleto ng isang form bawat apat na taon na pinapatunayan ang sarili sa patuloy na pagka-kwalipikado ng residente para sa Medical Baseline program.
2. Kung pinapatunayan ng kwalipikadong medikal na practitioner na hindi permanente ang medikal na kondisyon ng residente, inaatas ng PG&E ang pagkumpleto ng isang bagong aplikasyon kabilang ng isang sertipikasyon ng medikal na practitioner bawat dalawang taon.
3. Ang mga customer na Bulag o mayroong mababang paningin ay maaaring makipag-ugnayan sa PG&E sa **1-800-743-5000** upang humiling ng mga abiso sa alternatibong mga format kapag ipinadala ang mga abiso para sa sertipikasyon.
4. Hindi ginagarantiya ng PG&E ang walang paghinto na serbisyo ng gas at kuryente. Ako ay responsable na gawin ang alternatibong paghahanda sa kaganapan ng pagkawala ng serbisyo ng gas o kuryente.
5. Parehong dapat kumpletuhin ang Part A at Part B ng form na ito at isumite sa PG&E, online o sa pamam-agitan ng koreo, bago i-proseso ng PG&E ang aplikasyon.
6. Maaari ring makinabang ang mga customer mula sa energy savings programs gaya ng Energy Upgrade California® Home Upgrade. Ang Energy Savings Assistance Program para sa income-qualified nga mga customer, ay nagbibigay ng mga improvement nang walang bayad. Para sa karagdagang impor-masyon, bisitahin ang **pge.com/saveenergy**.
7. Maaaring ibahagi ng PG&E ang aking impormasyon sa pagkontak sa mga organisasyon tulad ng mga first response agency ng estado at lokal, upang makapag-bigay sila ng tulong sa PG&E at sa akin mismo sa panahon ng pinahabang pagkawala ng kuryente upang suportahan ang aking kaligtasan at kabutihan.
8. Kung ikaw ay nasa isang kwalipikadong rate na may baseline, maaari kang tumanggap ng karagdagang araw-araw na 0.82192 therms ng gas at/o 16.438 kWh ng kuryente sa baseline price ng iyong kasalukuyang rate upang suportahan ang iyong kwalipikadong mga medikal na device. Kung ikaw ay nasa rate ng kuryente na walang baseline, maaaring kwalipikado kang makatanggap ng 12% D-MEDIKAL na diskwento. **Kung ang mga Medikal na Baseline allowance na ito ay hindi nakakatugon sa iyong medikal na mga pangangailangan sa enerhiya, pakikontak ang PG&E sa 1-800-743-5000.** Makikita ang karagdagang impormasyon tungkol sa Medical Baseline program **pge.com/medicalbaseline**.

HAKBANG 4 Pirma

Pinapatunayan ko na ang nasa itaas na impormasyon ay tama. Pinapatunayan ko rin na ang Medical Baseline na residente ay nakatira nang full-time sa adres na ito at nangangailangan ng Medical Baseline program. Pumapayag ako na payagan ang PG&E na i-verify ang impormasyon na ito. **Pumapayag din ako na abisuhan kaagad ang PG&E kung lumipat ang kwalipikadong residente o kung hindi na nangangailangan ang residente ng Medical Baseline program.**

PIRMAHAN

PIRMA NG CUSTOMER

PETSA

Automated na Dokumento, Paunang Pahayag, Part A

Makakapag-apply ka online sa **pge.com/medicalbaseline**

Ang impormasyon na nakolekta sa application na ito ay ginagamit ayon sa Patakaran sa Pagkapribado ng PG&E. Ang Patakaran sa Pagkapribado ay available sa **pge.com/privacy**

PARA SA PANLOOB NA PAGGAMIT LAMANG:

62-3481-A Enero 2024 CCC-0224-7257

Medical Baseline Program Application—Part B (Kukumpletuhin ng Medikal na Practitioner*.)

Sertipikasyon ng Medikal na Practitioner para sa Pagpapatala at Muling Sertipikasyon sa Medical Baseline Program

HAKBANG 5 Kukumpletuhin ng isang kwalipikadong medikal na practitioner

Pinapatunayan ko ang medikal na kondisyon at mga panga ngailangan ng aking pasyente: (Paki-print.)

APELYIDO NG PASYENTE _____ PANGALAN NG PASYENTE _____

1a. Nasa pangangalaga ng in-home hospice ang pasyente (Mag-tsek ng isa) ☐ Oo ☐ Hindi

1b. Nangangailangang gumamit ng suporta sa buhay na (mga) device (Mag-tsek ng isa) ☐ Oo ☐ Hindi

Ang sumusunod na (mga) life-support device ay ginagamit sa tirahan ng pasyenteng pinangalanan sa itaas:

Device: _____ ☐ Kuryente ☐ Gas

Device: _____ ☐ Kuryente ☐ Gas

Device: _____ ☐ Kuryente ☐ Gas

†Ang isang kwalipikadong life support device ay anumang medikal na device na ginagamit upang maipagpatuloy ang buhay o inaasahan para sa paggalaw-galaw. Ang device na ito ay kailangang paandarin sa gas o kuryente na inihahatid ng PG&E. Kabilang dito, ngunit hindi limitado sa, mga respirator (oxygen concentrator), mga iron lung, mga hemodialysis machine, mga suction machine, mga electric nerve stimulator, mga pressure pad at mga bomba, mga aerosol tent, electrostatic at ultrasonic na mga nebulizer, mga compressor, mga IPPB machine, mga kidney dialysis machine at motorized na mga wheelchair. **Hindi kwalipikado ang mga device na ginagamit para sa therapy imbis na life support.**

2. Nangangailangan ng pampainit at/o pampalamig:

Ang mga Standard Medical Baseline allowance ay available para sa pamainit at/o pampalamig kung ang pasyente ay isang paraplegic, quadriplegic, hemiplegic, may multiple sclerosis o scleroderma. Available rin ang mga Standard Medical Baseline allowance kung ang pasyente ay may nakumpromisong immune system, banta sa buhay na sakit, o anumang iba pang kondisyon kung saan **medikal na kinakailangan ang karagdagang pampainit o pampalamig upang maipagpatuloy ang buhay nga pasyente o mapigilan ang paglala ng medikal na kondisyon ng pasyente.**

Ang Karagdagang **pampainit** ay medikal na kinakailangan: (Mag-tsek ng isa) ☐ Oo ☐ Hindi

Ang Karagdagang **pampalamig** ay medikal na kinakailangan: (Mag-tsek ng isa) ☐ Oo ☐ Hindi

3. Pinapatunayan ko na ang (mga) life support device at/o karagdagang pampainit o pampalamig ay kakailanganin sa tinatayang: (Pumili ng isa.)

☐ Bilang ng mga Taon: _____ o ☐ Nang permanente

PANGALAN NG MEDIKAL NA PRACTITIONER _____ NUMERO NG TELEPONO _____

ADDRESS NG TANGGAPAN _____

LUNGSOD _____ ESTADO _____ ZIP CODE _____

NUMERO NG MEDICAL STATE LICENSE O MILITARY LICENSE _____

PIRMAHAN _____ PETSA _____

*Ang lisensyadong doktor, taong binigyan ng lisensya ayon sa Osteopathic Initiative Act, nars na practitioner o assistant ng doktor ay maaaring magpatunay sa pagka-kwalipikado ng isang pasyente sa pagkakaroon ng banta sa buhay na kondisyon o sakit.

ACCOUNT NUMBER NG PG&E CUSTOMER (gaya sa pahina 1)

Ipadala sa pamamagitan ng koreyo ang aplikasyon sa:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

o

mag-aplay online:
pge.com/medicalbaseline

Automated na Dokumento, Paunang Pahayag, Part A

Ang "PG&E" ay tumutukoy sa Pacific Gas and Electric Company, isang sangay ng PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. Nakalaan ang lahat ng karapatan. Ang mga handog na ito ay pinupundohan ng mga customer ng utility sa California at pinangangasiwaan ng PG&E sa ilalim ng pagtataguyod ng California Public Utilities Commission.

62-3481-B Enero 2024 CCC-0224-7257

تطبيق Medical Baseline Program—الجزء أ (بيانات يستكملها العميل.)

للتسجيل في برنامج Medical Baseline Program وتجديد التسجيل

الخطوة 1 معلومات الحساب والعميل (يُرجى الكتابة بخط واضح)

رقم حساب عميل شركة PG&E

الاسم الأول للعميل ولقبه (كما يظهر في فاتورة PG&E)

اسم ولقب الساكن الذي يُعاني من حالة طبية
(العميل أو شخص يسكن سكنًا دائمًا في عنوان الخدمة)

عنوان الخدمة — رقم الشقة

المدينة — الولاية — الرمز البريدي

العنوان البريدي للعميل (إذا كان مختلفًا عن عنوان الخدمة) — رقم الشقة

المدينة — الولاية — الرمز البريدي

رقم هاتف منزل العميل — رقم جوال العميل

البريد الإلكتروني للعميل

الخطوة 2 للعملاء الذين تصدُر فواتيرهم من جهة أخرى غير شركة PG&E

اسم المنزل المتنقل أو المجمع السكني

عنون المجمع السكني

اسم مدير المجمع السكني — رقم هاتف المجمع السكني

اسم المستأجر — رقم هاتف المستأجر

الخطوة 3 تفضيلات الاتصال بخصوص انقطاع التيار الكهربائي أو مراسلات برنامج Medical Baseline الأخرى (حدد كل ما ينطبق.)

يُرجى التأكد من أن شركة PG&E تتوفر لديها تفضيلاتك للتواصل معك حتى نتمكن من التواصل معك مقدمًا بخصوص حالات قطع التيار الكهربائي حفاظًا على السلامة (PSPS) المخطط لها مقدمًا أو المواقف الأخرى التي قد تؤدي إلى انقطاع التيار الكهربائي. وفي حالات معينة، قد نرسل إليك خطابات أيضًا. وفي حالات PSPS، سيتم استخدام جميع وسائل الاتصال.

تفضيلات الاتصال

☐ رقم الهاتف:

☐ رقم جوال لتلقّي الرسائل النصية:

☐ البريد الإلكتروني:

☐ الاتصال بالعملاء الصم/ضعاف السمع الذين يستخدمون خدمة الهاتف النصي (TTY) على رقم الهاتف:
خدمة الهاتف النصي هو جهاز اتصالات مُتخصّص للصم وضعاف السمع.

أفهم ما يلي وأوافق عليه:

1. إذا أعطى الممارس الطبي المؤهل شهادة بأن الحالة الطبية للساكن مزمنة، فإن شركة PG&E تشترط إكمال نموذج كل أربعة أعوام للإقرار الذاتي باستمرار استحقاق الساكن للاستفادة من برنامج Medical Baseline.
2. إذا أعطى المُمارس الطبي المُؤهّل شهادة بأن الحالة الطبية للساكن ليست مُزمِنة، فإن شركة PG&E تشترط إكمال طلب جديد يتضمّن شهادة مُمارِس طبي مُؤهّل كل عامين.
3. يمكن للعملاء المكفوفين أو الذين يعانون من ضعف الرؤية الاتصال بشركة PG&E على **1-800-743-5000** لطلب الحصول على الإخطارات في صور بديلة وذلك عند إرسال الإخطار بخصوص الشهادة.
4. شركة PG&E لا تستطيع ضمان عدم انقطاع خدمة الغاز والكهرباء. وأنا مسؤول عن اتّخاذ ترتيباتٍ بديلة في حالة انقطاع الغاز أو الكهرباء.
5. يجب استكمال الجزأين (أ) والجزء (ب) من هذا النموذج وتقديمهما إلى شركة PG&E، عبر الإنترنت أو بالبريد، وذلك حتى يمكن لشركة PG&E النظر في الطلب واستكمال الإجراءات الخاصة به.
6. قد يحق للعملاء أيضًا الاستفادة من برامج توفير الطاقة مثل Energy Upgrade California® Home Upgrade. ويوفر برنامج المساعدة في توفير الطاقة (Energy Savings Assistance Program) للعملاء المستوفين لشروط الدخل الحصول على تحسينات بدون مقابل. لمزيدٍ من المعلومات، تفضّل بزيارة **pge.com/saveenergy**.
7. يجوز لشركة PG&E إرسال معلومات الاتصال الخاصة بي إلى جهات مثل خدمات الطوارئ على مستوى الولاية وعلى المستوى المحلي، حتى يتمكنوا من تقديم المساعدة إلى شركة PG&E وإليّ شخصيًا في حالات انقطاع الخدمة لمدة طويلة وذلك للحفاظ على سلامتي وصحتي.
8. إذا كنت أحد عملاء المعدلات المُؤهّلة مع معدل أساسي، فقد تتلقّى يوميًا سعة 0.82192 وحدة حرارية من الغاز و/أو 16.438 كيلووات/الساعة من الكهرباء إضافيًا بالسعر الأساسي للسعر الحالي لدعم أجهزتك الطبية المُؤهّلة. إذا كنت أحد عملاء أسعار الكهرباء بدون حد مرجعي، فقد تكون مُؤهّلاً للحصول على خصم ثابت بنسبة 12% فيما يخص D-MEDICAL. **وإذا كانت مخصصات برنامج Medical Baseline هذه لا تكفي احتياجاتك من الطاقة للأجهزة الطبية، فيرجى الاتصال بشركة PG&E على الرقم 1-800-743-5000**. ولمزيد من المعلومات حول برنامج Medical Baseline، يمكنك العثور عليها على **pge.com/medicalbaseline**.

الخطوة 4 التوقيع

أقرّ أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة. وأقر أيضًا أن الساكن المُقدّم بخصوصه طلب الاشتراك في برنامج Medical Baseline يُقيم إقامة دائمة في هذا العنوان ويحتاج إلى الاستفادة من برنامج Medical Baseline program. وأوافق على السماح لشركة PG&E بالتحقق من هذه المعلومات. **كما أوافق أيضًا على إخطار شركة PG&E فورًا إذا انتقل الساكن المؤهل أو لم يعد بحاجة إلى الاستفادة من برنامج Medical Baseline.**

لغة الإشارة

توقيع العميل

التاريخ

مستند آلي، إقرار أولي، الجزء أ

للاستخدام الداخلي فقط:

يمكنك التقديم عبر الإنترنت على pge.com/medicalbaseline.

تُستخدم المعلومات التي يتم جمعها في هذا الطلب وفقًا لسياسة خصوصية شركة PG&E. سياسة الخصوصية مُتاحة على pge.com/privacy

CCC-0224-7259 يناير 2024 62-3481-A

تطبيق Medical Baseline Program—الجزء ب (بيانات يستكملها مُمارِس طبي مُؤهّل*.)

شهادة الممارس الطبي للتسجيل ببرنامج Medical Baseline وتجديد التسجيل

الخطوة 5 بيانات يستكملها مُمارِس طبي مُؤهّل

أشهد بما يلي بخصوص الحالة والاحتياجات الطبية لمريضي الموضح اسمه فيما يلي: (يُرجى الكتابة بخط واضح)

لقب المريض _____ الاسم الأول للمريض _____

1أ. المريض يتلقى رعاية لأصحاب الأمراض المزمنة في المنزل (حدد خيارًا وحدًا.) ☐ لا ☐ نعم

1ب. يحتاج إلى استخدام جهاز (أو أجهزة) للمساعدة على البقاء على قيد الحياة (حدد خيارًا وحدًا.) ☐ لا ☐ نعم

الجهاز التالي (الأجهزة التالية) يُستخدم في سكن المريض المذكور أعلاه للمساعدة على البقاء على قيد الحياة:

الجهاز: _____ ☐ الكهرباء ☐ الغاز

الجهاز: _____ ☐ الكهرباء ☐ الغاز

الجهاز: _____ ☐ الكهرباء ☐ الغاز

†أجهزة المساعدة للبقاء على قيد الحياة التي تنطبق عليها شروط البرنامج هي كل جهاز طبي يحتاجه المريض ليظل على قيد الحياة أو يعتمد عليه في التنقُّل. ويجب أن يعمل الجهاز بالغاز أو الكهرباء التي توفرها شركة PG&E. وهذه الأجهزة تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، أجهزة الأكسجين (مُكثِّفات الأكسجين)، والرئة الصناعية، وأجهزة غسيل الكلى الدموي، وأجهزة الشفط، ومحفزات الأعصاب الكهربائية، والمراتب الهوائية للوقاية من قرح الفرش والمضخات الخاصة بها، وخيام الرذاذ، وأجهزة الرذاذ (النيبوليزر) الكهروستاتيكية والتي تعمل بالموجات فوق الصوتية، والضواغط، وأجهزة التنفس التي تعمل بالضغط الإيجابي المتقطع (IPPB)، وأجهزة غسيل الكلى، و الكراسي المتحركة ذات المحركات. **أما الأجهزة المستخدمة في العلاج وليس المساعدة للبقاء على قيد الحياة فلا تعطي الأحقية في الاستفادة من هذا البرنامج.**

2. يحتاج إلى التدفئة و/أو التبريد:

تتوفر مخصصات برنامج Medical Baseline القياسية للتدفئة و/أو التبريد إذا كان المريض مصابًا بشلل في نصفه السفلي أو شلل رباعي أو شلل نصفي أو التصلب المتعدد أو تصلب الجلد. تتوفر أيضًا مخصصات برنامج Medical Baseline القياسية إذا كان المريض يعاني من ضعف في جهاز المناعة، أو مرض يهدد حياته، أو أي حالة أخرى **تتطلب تدفئة أو تبريدًا إضافيًا ضروريًا من الناحية الطبية للحفاظ على حياة المريض أو منع تدهور الحالة الطبية للمريض.**

التدفئة الإضافية ضرورية طبيًا: (حدد خيارًا وحدًا.) ☐ لا ☐ نعم

التبريد الإضافي ضروري طبيًا: (حدد خيارًا وحدًا.) ☐ لا ☐ نعم

3. أشهد أن جهاز (أجهزة) المساعدة على البقاء على قيد الحياة و/أو التدفئة الإضافية أو التبريد الإضافي سيكون مطلوبًا تقريبًا لمدة: (حدد خيارًا واحدًا.)

☐ عدد السنوات: _____ أو ☐ بشكل دائم

رقم الهاتف _____ اسم الممارس الطبي _____

عنوان العيادة _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم ترخيص مزاولة مهنة الطب الصادر عن الولاية أو رقم الترخيص العسكري _____

لغة الإشارة _____ التاريخ _____

* يجوز لطبيب مُرخّص أو شخص مُرخّص بموجب قانون مبادرة تقويم العظام (Osteopathic Initiative Act) أو مُمرّض مُمارِس أو مساعد طبيب تحرير شهادة بأحقية المريض في الاستفادة من البرنامج بسبب حالة أو مرض يُهدّد الحياة.

رقم حساب العميل لدى شركة PG&E (كما نفس الاسم في الصفة 1)

أرسل الطلب بالبريد إلى:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

أو

التقدم عبر الإنترنت: **pge.com/medicalbaseline**

"PG&E" هي شركة Pacific Gas and Electric، وهي شركة تابعة لشركة PG&E Corporation. © حقوق الطبع والنشر لعام 2024 مملوكة لشركة Pacific Gas and Electric Company. جميع الحقوق محفوظة. هذه البرامج ممولة من عملاء المرافق العامة في ولاية كاليفورنيا وتديرها شركة PG&E تحت رعاية لجنة المرافق العامة في كاليفورنيا.

CCC-0224-7259 يناير 2024 62-3481-B

برنامه Medical Baseline Program – قسمت A (باید به‌وسیله مشتری تکمیل شود.)

برای ثبت‌نام و تایید دوباره Medical Baseline Program

مرحله 1 اطلاعات حساب و مشتری (با حروف بزرگ غیرشکسته)

شماره حساب مشتری PG&E

نام و نام خانوادگی مشتری (طبق آنچه در صورتحساب PG&E درج می‌شود)

نام ونام خانوادگی ساکن دارای مشکل پزشکی
(مشتری یا ساکن تماموقت در نشانی سرویس)

نشانی سرویس — شماره آپارتمان

شهر — ایالت — کدپستی

نشانی پستی مشتری (اگر با نشانی سرویس متفاوت باشد) — شماره آپارتمان

شهر — ایالت — کدپستی

شماره تلفن منزل مشتری — شماره تلفن همراه مشتری

ایمیل مشتری

مرحله 2 برای مشتریانی که صورتحساب آنها از سوی فردی غیر از PG&E صادر می‌شود

نام خانه سیار یا مجتمع آپارتمانی

نشانی مجتمع

نام مدیر مجتمع — شماره تلفن مجتمع

نام مستاجر — شماره تلفن مستاجر

مرحله 3 ترجیحات تماس مربوط به خاموشی یا دیگر ارتباطات مربوط به Medical Baseline (همه موارد مرتبط را علامت بزنید.)

لطفاً ترجیحات تماس را به‌درستی در اختیار PG&E قرار دهید تا بتوانیم پیش از قطع برق عمومی برنامه‌ریزی‌شده با هدف حفظ ایمنی (PSPS) یا موقعیت‌های دیگری که ممکن است منجر به خاموشی شود، با شما تماس بگیریم. در شرایط خاص، ممکن است برای شما نامه نیز بفرستیم. همه روش‌های تماس در صورت بروز رویداد PSPS به کار گرفته می‌شود.

ترجیحات تماس

- ☐ شماره تلفن:
- ☐ شماره همراه برای پیامک:
- ☐ ایمیل:
- ☐ شماره تلفن TTY ویژه مشتریان ناشنوا/کم‌شنوا:

TTY دستگاه ارتباطی تخصصی ویژه ناشنوایان و کم‌شنوایان است.

من می‌دانم و تایید می‌کنم که:

1. اگر پزشک واجدشرایط گواهی کند که مشکل پزشکی فرد ساکن دائمی است، PG&E فرد ساکن را ملزم خواهد کرد که هر چهار سال یک بار با پر کردن فرمی گواهی کند که همچنان از شرایط استفاده از برنامه Medical Baseline برخوردار است.
2. اگر پزشک واجدشرایط گواهی کند که مشکل پزشکی فرد ساکن دائمی نیست، PG&E تکمیل یک درخواست جدید حاوی گواهی پزشک مجاز در هر دو سال را الزامی می‌داند.
3. مشتریانی که نابینا هستند یا بینایی ضعیفی دارند، می‌توانند از طریق شماره **1-800-743-5000** با PG&E تماس بگیرند و درخواست کنند که در موعد ارسال اعلان‌ها برای گواهی، اعلان‌ها در قالب‌های جایگزین به دست آنها برسد.
4. PG&E نمی‌تواند وصل بودن بدون وقفه سرویس گاز و برق را تضمین کند. در صورت قطع شدن گاز یا برق، خود من باید امکانات لازم جایگزین را فراهم کنم.
5. هم قسمت A و هم قسمت B این فرم باید پر شود و به صورت آنلاین یا از طریق پست به PG&E ارسال شود تا PG&E بتواند درخواست‌نامه را پردازش کند.
6. مشتریان همچنین می‌توانند از برنامه‌های صرفه‌جویی در انرژی مانند Energy Upgrade California® Home Upgrade استفاده کنند. خدمات برنامه کمکی صرفه‌جویی در انرژی ویژه مشتریان دارای صلاحیت درآمدی، به صورت رایگان ارائه می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به زیر مراجعه کنید **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E می‌تواند اطلاعات تماس من را در اختیار سازمان‌هایی مانند نهادهای واکنش اولیه اضطراری ایالتی و محلی قرار دهد، تا آنها بتوانند در بازه خاموشی بلندمدت به PG&E و من شخصاً کمک رسانی کنند و ایمنی و سلامت من را حفظ نمایند.
8. اگر یک نرخ برق پایه واجدشرایط دارید، ممکن است روزانه 0.82192 واحد گرمایی و یا 16.438 کیلووات ساعت برق با قیمت نرخ پایه فعلی‌تان دریافت کنید تا بتوانید نیازهای دستگاه‌های پزشکی واجدشرایط خودتان را تأمین کنید. اگر یک نرخ برق بدون پایه دارید، ممکن است واجدشرایط دریافت تخفیف 12% پزشکی ثابت باشید. **اگر سهمیه Medical Baseline نیازهای انرژی پزشکی شما را برآورده نمی‌کند، لطفاً از طریق شماره 1-800-743-5000 با PG&E تماس بگیرید**.اطلاعات بیشتر درباره برنامه Medical Baseline را می‌توانید در زیر بیابید **pge.com/medicalbaseline**.

مرحله 4 امضاء

من درستی اطلاعات بالا را گواهی می‌کنم. همچنین گواهی می‌کنم که فرد ساکن Medical Baseline به صورت تماموقت در این نشانی زندگی می‌کند و به خدمات Medical Baseline Program نیاز دارد. به PG&E اجازه می‌دهم که این اطلاعات را تایید کند. همچنین می‌پذیرم که در صورت **جابجا شدن فرد ساکن یا بی‌نیاز شدن فرد ساکن از برنامه Medical Baseline، موضوع را بلافاصله به PG&E اطلاع دهم.**

امضاء

امضای مشتری

تاریخ

سند خودکار، بیانیه مقدماتی، قسمت A

در زیر می‌توانید به طور آنلاین تقاضا دهید **pge.com/medicalbaseline.**

فقط برای استفاده داخلی:

اطلاعات مندرج در این درخواست‌نامه طبق سیاست حریم خصوصی PG&E به کار گرفته می‌شود. سیاست حریم خصوصی در زیر موجود است **pge.com/privacy**

62-3481-A ژانویه 2024 CCC-0224-7260

برنامه Medical Baseline Program -قسمت B (باید به‌وسیله پزشک پر شود*.)

گواهی پزشک برای ثبت‌نام و تایید دوباره برنامه Medical Baseline

مرحله 5 باید به‌وسیله پزشک مجاز پر شود

من وضعیت جسمی و نیازهای بیمارم را گواهی می‌کنم: (با حروف بزرگ غیرشکسته)

نام خانوادگی بیمار _____ نام بیمار _____

1a. بیمار تحت مراقبت آسایشگاهی درون-منزل است (یکی را علامت بزنید.) ☐ بله ☐ خیر

1b. به وسیله(وسایل) کمکی زندگی نیاز دارد (یکی را علامت بزنید.) ☐ بله ☐ خیر

وسیله(وسایل) کمکی زندگی زیر در محل سکونت بیمار مذکور استفاده می‌شود:

وسیله: _____ ☐ برق ☐ گاز

وسیله: _____ ☐ برق ☐ گاز

وسیله: _____ ☐ برق ☐ گاز

†وسیله کمکی زندگی دارای صلاحیت به هر وسیله پزشکی گفته می‌شود که برای حفظ جان یا امکان جابجایی مصرف می‌شود. این وسیله باید با برق یا گازی که از سوی PG&E تامین می‌شود، کار کند. این شامل (و نه محدود به) دستگاه کمکی تنفس (متراکم کننده اکسیژن)، ریه آهنی، دستگاه همودیالیز، دستگاه مکش، محرک برقی اعصاب، پد و پمپ فشار، چادر آنروسول، نبولایزر الکتروستاتیکی و اولتراسوند، کمپرسور، دستگاه IPPB، دستگاه دیالیز کلیه و صندلی چرخ‌دار برقی می‌شود. دستگاه‌هایی که برای درمان، و نه کمک برای زندگی، به کار گرفته می‌شوند، واجدشرایط نیستند.

2. به گرمایش و یا سرمایش نیاز دارد:

Medical Baseline allowances استاندارد برای گرمایش و/یا سرمایش ارائه می‌شود، به‌شرطی‌که بیمار دچار فلج پاها، فلج کامل، فلج یک‌طرفه، فلج چندگانه یا سخت‌پوستی باشد. اگر بیمار دارای سیستم ایمنی ضعیف است، به بیماری مهلک مبتلا است، یا هر شرایط دیگری دارد که با توجه به آن برای حفظ جان بیمار یا جلوگیری از **وخامت وضعیت پزشکی بیمار، گرمایش یا سرمایش اضافی ضرورت پزشکی دارد، کمک‌هزینه استاندارد Medical Baseline نیز در دسترس خواهد بود.**

گرمایش اضافی ضرورت پزشکی دارد: (یکی را علامت بزنید.) ☐ بله ☐ خیر

سرمایش اضافی ضرورت پزشکی دارد: (یکی را علامت بزنید.) ☐ بله ☐ خیر

3. گواهی می‌کنم که وسیله(وسایل) کمکی زندگی و/یا گرمایش یا سرمایش اضافی به‌مدت تقریبی زیر ضروری هستند: (یکی را انتخاب کنید.)

☐ تعداد سال: _____ یا ☐ به صورت دائم

نام پزشک _____ شماره تلفن _____

نشانی دفتر _____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

شماره گواهی پزشکی ایالتی یا گواهی نظامی _____

امضاء _____ تاریخ _____

*پزشک مجاز، فرد دارای مجوز طبق قانون برنامه آسیب‌شناسی استخوان و عضله، کارور پرستاری یا دستیار پزشک می‌توانند صلاحیت بیمار و ابتلای بیمار به بیماری یا وضعیت خطرناک را گواهی کنند.

شماره حساب مشتری PG&E (مشابه صفحه 1)

درخواست‌نامه را به این نشانی پست کنید:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

یا

تقاضای آنلاین: **pge.com/medicalbaseline**

«PG&E» به شرکت گاز و برق پاسیفیک (Pacific Gas and Electric Company)، از شرکت‌های وابسته به شرکت PG&E، اشاره دارد. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. همه حقوق محفوظ است. بودجه این امکانات را مشتریان خدمات همگانی کالیفرنیا با مدیریت PG&E و با همکاری کمیسیون خدمات عمومی کالیفرنیا تامین می‌کند.

62-3481-B ژانویه 2024 CCC-0224-7260

Medical Baseline Program आवेदन—भाग A (ग्राहक द्वारा पूरा किया जाना चाहिए।)

Medical Baseline Program के नामांकन और पुनः प्रमाणन के लिए

चरण 1 अकाउंट और ग्राहक सम्बन्धी जानकारी (कृपया प्रिंट करें।)

PG&E ग्राहक का अकाउंट नंबर

ग्राहक का पहला और अंतिम नाम (जैसा PG&E बिल पर दिखाई देता है)

मेडिकल स्थिति वाले निवासी का पहला और अंतिम नाम
(सेवा सम्बन्धी पते पर ग्राहक या एक पूर्णकालिक निवासी)

सेवा सम्बन्धी पता | अपार्टमेंट संख्या

शहर | राज्य | ज़िप कोड

ग्राहक का डाक पता (यदि सेवा सम्बन्धी पते से अलग हो) | अपार्टमेंट संख्या

शहर | राज्य | ज़िप कोड

ग्राहक के घर का फोन नंबर | ग्राहक का मोबाइल फोन नंबर

ग्राहक का ईमेल

चरण 2 PG&E के अलावा किसी और के द्वारा बिल किए गए ग्राहकों के लिए

मोबाइल होम या अपार्टमेंट काम्प्लेक्स का नाम

कॉम्प्लेक्स का पता

कॉम्प्लेक्स प्रबंधक का नाम | कॉम्प्लेक्स का फोन नंबर

किराएदार का नाम | किराएदार का फोन नंबर

चरण 3 कटौती संबंधी या अन्य Medical Baseline संचारों के लिए संपर्क प्राथमिकताएं (जो भी लागू हो उसकी जाँच करें।)

कृपया सुनिश्चित करें कि PG&E को आपकी सटीक संपर्क प्राथमिकताओं के बारे में पता है ताकि हम एक नियोजित सार्वजनिक सुरक्षा बिजली शटऑफ़ (Public Safety Power Shutoff (PSPS)) के लिए या कटौती का कारण बनने वाली अन्य परिस्थितियों में आप तक पहले पहुँच सकें। कुछ ख़ास परिस्थितियों में, हम एक पत्र भी भेज सकते हैं। एक PSPS घटना के दौरान संपर्क के सभी तरीकों का इस्तेमाल किया जाएगा।

संपर्क की प्राथमिकताएं

☐ फ़ोन नंबर: _____

☐ टेक्स्ट मोबाइल नंबर: _____

☐ ईमेल: _____

☐ बधिर/सुनने में कठिनाई वाले ग्राहकों के लिए TTY का इस्तेमाल करते हुए संपर्क करने के लिए फोन नंबर: _____
TTY, मूक-बधिरों के लिए एक विशेष दूरसंचार डिवाइस है।

मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि:

1. यदि योग्य चिकित्सक प्रमाणित करता है कि निवासी की चिकित्सा स्थिति स्थायी है, तो PG&E को Medical Baseline कार्यक्रम के लिए निवासी की निरंतर पात्रता को स्व-प्रमाणित करने के लिए हर दो साल में एक फॉर्म को पूरा करने की आवश्यकता होती है।
2. यदि योग्य पेशेवर चिकित्सक प्रमाणित करता है कि निवासी की चिकित्सा स्थिति स्थायी नहीं है, तो PG&E को प्रत्येक दो वर्ष में एक योग्य पेशेवर चिकित्सक के प्रमाणन सहित एक नया आवेदन पूरा करने की आवश्यकता होती है।
3. जो ग्राहक दृष्टिहीन हैं या जिनकी दृष्टि कम है, वे PG&E से **1-800-743-5000** पर संपर्क कर सकते हैं। जब प्रमाणीकरण के लिए नोटिस भेजे जाते हैं, तो वैकल्पिक स्वरूपों में सूचनाओं का अनुरोध करने के लिए
4. PG&E अबाधित गैस और बिजली सेवा की गारंटी नहीं दे सकती है। गैस या बिजली की कटौती के मामले में वैकल्पिक इंतजाम करने की जिम्मेदारी मेरी है।
5. इस फॉर्म के भाग A और भाग B दोनों को पूरा किया जाना चाहिए और PG&E, ऑनलाइन या डाक द्वारा, PG&E को आवेदन संसाधित करने से पहले जमा करना होगा।
6. ग्राहक, ऊर्जा बचत प्रोग्राम जैसे एनर्जी अपग्रेड कैलिफोर्निया® होम अपग्रेड (Energy Upgrade California® Home Upgrade) से भी लाभ ले सकते हैं।® होम अपग्रेड। इनकम-क्वालिफाइड ग्राहकों के लिए एनर्जी सेविंग्स असिस्टेंस प्रोग्राम, बिना किसी शुल्क पर सुधार प्रदान करता है। अधिक जानकारी के लिए यहाँ पर विजिट करें **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E मेरी संपर्क जानकारी को राज्य और स्थानीय आपातकालीन प्रथम प्रतिक्रिया एजेंसियों जैसे संगठनों के साथ साझा कर सकती है, ताकि वे मेरी सुरक्षा और भलाई का समर्थन करने के लिए विस्तारित कटौती के दौरान व्यक्तिगत रूप से PG&E और मुझे सहायता प्रदान कर सकें।
8. यदि आप बेसलाइन के साथ योग्य दर पर हैं, तो अपने योग्य चिकित्सा उपकरणों का समर्थन करने के लिए आपको वर्तमान दर के बेसलाइन मूल्य पर रोज़ाना अतिरिक्त 0.82192 थर्म गैस और/या 16.438 kWh बिजली मिल सकती है। यदि आप बेसलाइन के बिना बिजली दर पर हैं, तो आप फ्लैट 12% ◻ -मेडिकल छूट पाने के योग्य हो सकते हैं। यदि ये **Medical Baseline allowances,** आपकी मेडिकल एनर्जी सम्बन्धी जरूरतों को पूरा नहीं करते हैं तो कृपया **1-800-743-5000** पर **PG&E** से संपर्क करें।Medical Baseline Program के बारे में और जानकारी यहाँ पर मिल सकती है **pge.com/medicalbaseline**.

चरण 4 हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी सही है। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि Medical Baseline निवासी, इस पते पर हर समय रहता है और उसे Medical Baseline Program की आवश्यकता होती है। मैं PG&E को इस जानकारी की जांच करने की अनुमति प्रदान करने के लिए सहमत हूँ। **मैं इस पर भी सहमत हूं कि यदि योग्य निवासी स्थानांतरित हो जाता है या निवासी को अब और मेडिकल बेसलाइन कार्यक्रम की आवश्यकता नहीं रहती है, तो मैं PG&E को तुरंत सूचित करूंगा/करूंगी।**

हस्ताक्षर

ग्राहक के हस्ताक्षर

तारीख

स्वचालित दस्तावेज़, प्रारंभिक विवरण, भाग A

आप यहां पर ऑनलाइन आवेदन कर सकते हैं **pge.com/medicalbaseline**

केवल आन्तरिक उपयोग के लिए:

इस आवेदन में दर्ज जानकारी का इस्तेमाल, PG&E की गोपनीयता नीति के अनुसार किया जाता है। गोपनीयता नीति यहाँ पर उपलब्ध है। **pge.com/privacy**

62-3481-A जनवरी 2024 CCC-0224-7261

Medical Baseline Program आवेदन—भाग B (एक योग्य पेशेवर चिकित्सक की ओर से पूरा किया जाना चाहिए*।)

मेडिकल बेसलाइन प्रोग्राम नामांकन और पुनः प्रमाणन के लिए मेडिकल प्रैक्टिशनर का प्रमाणन

चरण 5 एक योग्य पेशेवर चिकित्सक की ओर से पूरा किया जाना चाहिए

मैं अपने रोगी की चिकित्सीय स्थिति और जरूरतों को प्रमाणित करता/करती हूं: (कृपया प्रिंट करें।)

रोगी का अंतिम नाम _____ रोगी का पहला नाम _____

1a. रोगी घर पर मरणासन्न देखभाल सेवा पर है (किसी एक पर निशान लगाएं।) ☐ हाँ ☐ नहीं

1b. जीवन रक्षक डिवाइस(डिवाइसेस) के उपयोग की आवश्यकता है (किसी एक पर निशान लगाएं।) ☐ हाँ ☐ नहीं

निम्नलिखित जीवन रक्षक डिवाइस उपरोक्त रोगी के आवास में इस्तेमाल किए जाते हैं:

डिवाइस: _____ ☐ विद्युत ☐ गैस

डिवाइस: _____ ☐ विद्युत ☐ गैस

डिवाइस: _____ ☐ विद्युत ☐ गैस

†एक सुयोग्य जीवन रक्षक डिवाइस, जीवन को बनाए रखने के लिए इस्तेमाल किया जाने वाला या चलने-फिरने में मदद करने वाला मेडिकल उपकरण होता है। PG&E द्वारा प्रदान किए जाने वाले इस डिवाइस को गैस या बिजली पर चलना चाहिए। इसमें श्वासयंत्र (ऑक्सीजन सांद्रक), लौह फेफड़े, हेमोडायलिसिस मशीन, सक्शन मशीन, विद्युत तंत्रिका उत्तेजक, दबाव पैड और पंप, एरोसोल टेंट, इलेक्ट्रोस्टैटिक और अल्ट्रासोनिक नेब्युलाइज़र, कम्प्रेसर, आईपीपीबी मशीन, किडनी डायलिसिस मशीन और मोटर चालित व्हीलचेयर शामिल हैं, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है। जीवन रक्षक के अलावा किसी अन्य थेरेपी के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले डिवाइस, योग्य नहीं हैं।

2. हीटिंग और/या कूलिंग की जरूरत होती है:

स्टैण्डर्ड मेडिकल बेसलाइन सम्बन्धी भत्ते, हीटिंग और/या कूलिंग के लिए उपलब्ध हैं यदि रोगी पैराप्लेजिक, क्वाड्रिप्लेजिक, हेमीप्लेजिक है, उसे मल्टीपल स्क्लेरोसिस या स्क्लेरोडर्मा है। मानक Medical Baseline allowances भी उपलब्ध हैं यदि रोगी की प्रतिरक्षा प्रणाली कमज़ोर है, जीवन-घातक बीमारी है, या कोई अन्य स्थिति है जिसके लिए रोगी के जीवन को बनाए रखने या रोगी की चिकित्सीय स्थिति को बिगड़ने से रोकने के लिए अतिरिक्त हीटिंग या कूलिंग चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है।

अतिरिक्त हीटिंग चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है: (किसी एक पर निशान लगाएं।) ☐ हाँ ☐ नहीं

अतिरिक्त कूलिंग चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है: (किसी एक पर निशान लगाएं।) ☐ हाँ ☐ नहीं

3. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि निम्नलिखित के लिए जीवन रक्षक डिवाइसेस और/या अतिरिक्त हीटिंग या कूलिंग की जरूरत लगभग इतने समय के लिए होगी: (किसी एक का चयन करें।)

☐ वर्षों की संख्या: _____ या ☐ स्थायी रूप से

मेडिकल प्रैक्टिशनर का नाम _____ फोन नंबर _____

कार्यालय का पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

मेडिकल स्टेट लाइसेंस या मिलिटरी लाइसेंस नंबर _____

हस्ताक्षर _____ तारीख _____

*एक लाइसेंस प्राप्त चिकित्सक, Osteopathic Initiative Act के अनुसार लाइसेंस प्राप्त व्यक्ति, नर्स प्रैक्टिशनर या चिकित्सक सहायक एक रोगी की योग्यता को प्रमाणित कर सकता/सकती है कि उसे जानलेवा परेशानी या बीमारी है।

PG&E ग्राहक का अकाउंट नंबर (पेज 1 के समान)

आवेदन डाक के जरिए इस पते पर भेजें:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

या

ऑनलाइन आवेदन करें:
pge.com/medicalbaseline

स्वचालित दस्तावेज़, प्रारंभिक विवरण, भाग A

"PG&E" का पूरा नाम, पैसिफिक गैस एंड इलेक्ट्रिक कंपनी है जो PG&E कॉर्पोरेशन की एक सहायक कंपनी है। ©2024 Pacific Gas and Electric Company. सर्वाधिकार सुरक्षित। इन पेशकशों को, कैलिफोर्निया यूटिलिटी ग्राहकों की ओर से वित्तपोषित किया जाता है और कैलिफोर्निया पब्लिक यूटिलिटीज कमीशन के तत्वावधानों के तहत PG&E द्वारा प्रशासित किया जाता है।

62-3481-B जनवरी 2024 CCC-0224-7261

Daim Ntawv Tso Npe Thov rau Medical Baseline Program—Feem A

(Tus neeg qhua siv hluav taws xob yuav tsum tau ua kom tiav.)

Rau Kev Sau Npe Nkag thiab Kev Ua Pov Thawj Txog Medical Baseline Program

KAUJ RUAM 1 Cov Ntaub Ntawv Hais Txog Tus As Khauj thiab Tus Neeg Qhua Siv Hluav Taws Xob (Thov sau rau.)

PG&E TUS NAJ NPAWB AS KHAUJ NTAWM TUS NEEG QHUA SIV HLUAV TAWS XOB

LUB NPE THIAB LUB XEEM NTAWM TUS NEEG QHUA SIV HLUAV TAWS XOB
(raws li nws muaj tshwm nyob raum hauv PG&E daim ntauv sau nqi hluav taws xob)

TUS PEJ XEEM UAS MUAJ QHOV ZWJ CEEB MOB LUB NPE THIAB LUB XEEM
(tus neeg qhua siv hluav taws xob los sis tus neeg uas nyob hauv lub tsev ntawd puv sij hawm nyob hauv qhov chaw nyob uas muaj kev pab cuam)

QHOV CHAW NYOB MUAB KEV PAB CUAM

TUS NAJ NPAWB APT

LUB NROOG

LUB XEEV

TUS ZAUV XA NTAWV (ZIP CODE)

QHOV CHAW NYOB KEV XA NTAWV NTAWM TUS NEEG QHUA SIV HLUAV TAWS XOB
(yog tias sib txawv dua li ntawm qhov chaw nyob muaj kev pab cuam)

TUS NAJ NPAWB APT

LUB NROOG

LUB XEEV

TUS ZAUV XA NTAWV (ZIP CODE)

TUS NAJ NPAWB XOV TOOJ HAUV TSEV NTAWM TUS NEEG QHUA SIV HLUAV TAWS XOB

TUS NAJ NPAWB XOV TOOJ NTAWM TES NTAWM TUS NEEG QHUA SIV HLUAV TAWS XOB

TUS EMAIL NTAWM TUS NEEG SIV HLUAV TAWS XOB

KAUJ RUAM 2 Txog rau cov neeg qhua siv hluav taws xob uas raug sau nqi hluav taws xob los ntawm lwm tus neeg dua li ntawm PG&E

LUB NPE NTAWM LUB TSEV NQA TAU MUS LOS LOS SIS COV CHAV TSEV NYOB UA KE

QHOV CHAW NYOB NTAWM COV CHAV TSEV

LUB NPE NTAWM TUS SAIB XYUAS COV CHAV TSEV

TUS NAJ NPAWB XOV TOOJ NTAWM COV CHAV TSEV

TUS NEEG XAUM TSEV LUB NPE

TUS NEEG XAUM TSEV TUS NAJ NPAWB XOV TOOJ

KAUJ RUAM 3 Cov kev nyiam tiv tauj rau cov kev hluav taws xob tuag los sis lwm cov kev sib txuas lus nrog Medical Baseline (Kos rau txhua qhov uas siv tau.)

Thov nco ntsoov tias PG&E muaj cov kev xav tau kev tiv tauj ntawm koj kom raug yog li peb thiaj li tuaj yeem tiv tauj tau rau koj ua ntej ntawm lub phiaj xwm npaj tua hluav taws xob txhawm rau kev nyab xeeb rau zej tsoom sawv daws (public safety power shutoff (PSPS)) los sis lwm yam xwm txheej uas tej zaum yuav ua rau muaj hluav taws xob tuag. Nyob rau qee cov xwm txheej, peb kuj tseem yuav xa ib tsab ntawv tuaj. Txhua cov kev tiv tauj yuav raug siv thaum lub sij hawm muaj ib qhov kev tshwm sim PSPS.

COV CHAW TIV TAUJ RAWS LI COV KEV NYIAM

- ☐ Tus naj npawb xov tooj: _____
- ☐ Tus naj npawb xov tooj ntawm tes rau kev xa lus sau: _____
- ☐ Email: _____
- ☐ Tiv tauj mus rau cov neeg qhua siv hluav taws xob uas Lag Ntseg/tsis hnov lus zoo los ntawm kev siv TTY nyob ntawm tus naj npawb xov tooj: _____

TTY yog ib lub cuab yeej pab rau kev sib txuas lus tau tshwj xeeb rau tus neeg lag ntseg thiab tsis hnov lus zoo.

Kuv nkag siab thiab pom zoo tias:

1. Yog tias tus kws ua txoj hauj lwm kho mob tsim nyog ua pov thawj tau tias tus mob ntawm tu neeg nyob hauv tsev ntawd yog ib tug mob tas mus sim neej, PG&E yuav tsum tau hais kom ua daim foos txhua plaub lub xyoos txhawm rau kev ua pov thawj rau tus kheej tias tus neeg nyob hauv lub tsev ntawd muaj cai tsim nyog tau txais kev pab txuas ntxiv mus rau qhov Medical Baseline qhov txheej txheem pab cuam.
2. Yog hais tias tus kws ua txoj hauj lwm kho mob uas muaj cai ntawd ua pov thawj rau tus pej xeem uas muaj qhov zwj ceeb fab kev kho mob tsis kav mus ib txhis, PG&E tseev kom ua kom tiav ib daim ntawv tso npe thov tshiab uas muaj xam nrog rau ib tus kws ua txoj hauj lwm kho mob uas muaj cai li kev ua pov thawj nyob rau txhua ob lub xyoos.
3. Cov neeg qhua siv hluav taws xob uas Dig Muag los sis tsis pom kev zoo tuaj yeem tiv tauj PG&E ntawm **1-800-743-5000** rau thov cov ntawv ceeb toom ua lwm hom thaum muaj cov ntawv ceeb toom xa tuaj txhawm rau ua ntawv pov thawj.
4. PG&E tsis tuaj yeem lav tau tias kev pab cuam cov roj nkev (gas) thiab hluav taws xob yuav muaj qhov cuam tshuam. Kuv muaj kev thaj tsob rau kev npaj hloov mus rau lwm qhov thaum muaj ib qhov xwm txheej twg uas ua rau cov roj nkev los sis hluav taws xob tuag.
5. Ob feem ntawm Feem A thiab Feem B ntawm daim ntawv foos no yuav tsum ua kom tiav thiab muab xa mus rau PG&E, hauv online los sis qhov chaw xa ntawv, ua ntej PG&E yuav ua kev soj ntsuam daim ntawv thov.
6. Tsis tas li ntawd tej zaum cov neeg siv hluav taws xob kuj tseem tau txais txiaj ntsig los ntawm cov txheej txheem pab cuam ntsig txog kev txuag siv hluav taws xob tib si xws li Energy Upgrade California® Home Upgrade. Qhov Txheej Txheem Pab Cuam Uas Muab Kev Pab Rau Fab Kev Txuag Hluav Taws Xob rau cov neeg qhua siv hluav taws xob uas muaj nyiaj khwv tau los tsim nyog, muab kev hloov kho yam tsis tau them nqi dab tsi li. Rau kev paub ntau ntxiv, thov mus saib tau rau ntawm **pge.com/saveenergy**.
7. Tej zaum PG&E yuav faib kuv cov ntaub ntawv tiv tauj rau cov koom haum xws li cov chaw pab cuam thaum muaj xwm txheej kub ntxhov ceev ua ntej hauv xeev thiab hauv cheeb tsab zej zog, kom lawv tuaj yeem muab kev pab rau PG&E thiab rau kuv tus kheej thaum lub sij hawm muaj kev tua hluav taws xob tuag ntev txhawm rau pab kuv txoj kev nyab xeeb thiab kev noj nyob kom zoo.
8. Yog hais tias koj nyob rau ib tus nqi uas siv tau raug raws li kev cai lij choj nrog rau ib lub hauv paus, tej zaum koj kuj yuav tau txais ib qho nqi 0.82192 hais txog ntawm kev siv roj nkev (gas) thiab/los sis 16.438 kWh ntawm kev siv hluav taws xob raws li lub hauv paus ntawm tus nqi hluav taws xob txhawm rau pab txhawb nqa koj cov cuab yeej kho mob uas zoo heev. Yog hais tias koj nyob rau hauv ib tus nqi hluav taws xob uas yam tsis muaj ib lub hauv paus dab tsi li, tej zaum koj kuj yuav muaj cai tsim nyog tau txais ib qho kev txov nqi rau FAB KEV KUAJ MOB txog li 12%. **Yog tias cov nyiaj pab Medical Baseline no ua tsis tau raws li koj cov kev xav tau hluav taws xob siv rau kev kho mob, thov tiv tauj mus rau PG&E tau ntawm tus xov tooj 1-800-743-5000**. Cov ntaub ntawv ntau ntxiv hais txog Medical Baseline qhov txheej txheem pab cuam tuaj yeem nrhiav tau nyob rau ntawm **pge.com/medicalbaseline**.

KAUJ RUAM 4 Kos Npe Rau

Kuv thov ua pov thawj tias cov ntaub ntawv tau sau los saum toj no yog raug raws qhov tseeb. Tsis tas li ntawd kuv kuj tseem ua pov thawj tias cov neeg uas nyob rau hauv qhov Medical Baseline nyob puv sij hawm raws li qhov chaw nyob no lawm thiab yuav tsum txais qhov txheej txheem kev pab cuam los ntawm Medical Baseline. Kuv pom zoo tso cai rau PG&E los txheeb xyuas qhov ntaub ntawv no. **Kuv kuj tseem pom zoo yuav los qhia rau PG&E paub kom sai yog tias tus neeg nyob hauv uas tsim nyog tau tsiv los sis tus neeg nyob tim tsev tsis xav tau Medical Baseline qhov txheej txheem pab cuam.**

KOS NPE

TUS NEEG QHUA SIV HLUAV TAWS XOB KOS NPE

HNUB TIM

Koj tuaj yeem thov hauv online tau ntawm **pge.com/medicalbaseline**

Cov Ntaub Ntawv Tsis Siv Neeg Ua, Cov Lus Taw Qhia Ua Ntej, Feem A

Cov ntaub ntawv raug suav sau rau hauv daim ntawv thov no yog raug siv raws li PG&E Txoj Cai Tswj Fwm Kev Ceev Ntiag Tug. Txoj Cai Hais Txog Ntawm Kev Ntiag Tug muaj nyob rau ntawm **pge.com/privacy**

TSUAS YOG RAU KEV SIV SAB HAUV TEB CHAWS NKAUS XWB:

62-3481-A Lub Ib Hlis Ntuj 2024 CCC-0224-7262

Daim Ntawv Tso Npe Thov rau Medical Baseline Program—Feem B

(Yuav tsum tau ua kom tiav los ntawm Tus Kws Ua Txoj Hauj Lwm Kho Mob*.)

Daim Ntawv Pov Thawj Ntawm Tus Kws Ua Txoj Hauj Lwm Kho Mob rau Kev Sau Npe Nkag thiab Kev Ua Pov Thawj Txog Medical Baseline Qhov Txheej Txheem Pab Cuam

KAUJ RUAM 5 Yuav tsum tau ua kom tiav los ntawm tus kws ua txoj hauj lwm kho mob tsim nyog

Kuv ua pov rau qhov mob thiab qhov xav tau ntawm kuv tus neeg mob: (Thov sau rau.)

TUS NEEG MOB LUB XEEM _____ TUS NEEG MOB LUB NPE _____

1a. Tus neeg mob uas nyob rau qhov kev saib xyuas kho mob nyob hauv tsev (Kos ib qho.) ☐ Ua Tau ☐ Ua Tsis Tau

1b. Tseev kom siv qhov(cov) cuab yeej pab lub neej txoj sia (Kos ib qho.) ☐ Ua Tau ☐ Ua Tsis Tau

Qhov(cov) cuab yeej pab lub neej txoj sia hauv qab no yog raug siv rau hauv tus neeg mob qhov chaw uas muaj npe hais los saum toj saud:

Cuab yeej: _____ ☐ Hluav taws xob ☐ Roj Nkev (Gas)

Cuab yeej: _____ ☐ Hluav taws xob ☐ Roj Nkev (Gas)

Cuab yeej: _____ ☐ Hluav taws xob ☐ Roj Nkev (Gas)

†Ib qho cuab yeej pab lub neej txoj sia yog ib qho cuab yeej twg raug siv los kho mob uas siv los pab lub neej txoj sia los sis pab rau thaum hloov chaw. Qhov cuab yeej no yuav tsum tau siv roj nkev (gas) los sis hluav taws xob uas raug xa tuaj ntawm PG&E. Nws muaj xws li, tab sis tsis txwv rau, cov tshuab pab ua pa (cov tshuab tsim cov pa oxygen), cov ntsws hlau, cov tshuab lim ntshav, cov tshuab nqus, cov tshuab nqus cov leeg xa hluav taws xob hauv lub cev, lub tshuab pa thiab lub twj tso kua mis, cov tsev khwb ntshawb pa tshuaj (aerosol tents), Cov tshuab ntshawb pa tshuaj uas siv hluav taws xob thiab lub suab nrov tshaj (ultrasonic), cov tshuab pab ua kom txias (compressors), cov tshuab IPPB, lub tshuab lim ntshav rau lub raum thiab lub tsheb nqa neeg xiam oob khab uas muaj zog hluav taws xob. **Cov cuab yeej uas siv kho mob ntau dua li kev pab lub neej txoj sia uas ua tsis tau hauj lwm zoo.**

2. Yuav tsum tau siv qhov kub thiab/los sis txias:

Cov nyiaj pab raws li Tus Qauv Medical Baseline yog muaj pab rau kev siv qhov kub thiab/los sis txias yog tias tus neeg mob yog ib tus neeg tuag tag nrho ob sab ceg, tuag npab tuag ceg, tuag ib sab ntawm lub cev, muaj ntau txoj hlab ntsha txhaws los sis hlab ntsha txhaws. Tus qauv Medical Baseline nyiaj pub dawb kuj tseem muaj yog tias tus neeg mob muaj lub cev tsis muaj zog tiv thaiv kab mob, cov mob nkeeg uas phom sij rau lub neej txoj sia, los sis lwm yam mob uas **yuav tsum tau cua sov los yog cua txias ntxiv rau kev kho mob tsim nyog los txhawb nqa tus neeg mob txoj sia los yog tiv thaiv tus neeg mob qhov mob tsis zoo.**

Yuav tsum muaj **cua sov** yog qhov tsim nyog rau kev kho mob: (Kos ib qho.) Ua Tau ☐ Ua Tsis Tau ☐

Yuav tsum muaj **cua txias** yog qhov tsim nyog rau kev kho mob: (Kos ib qho.) Ua Tau ☐ Ua Tsis Tau ☐

3. Kuv ua pov thawj tias qhov(cov) cuab yeej pab lub neej txoj sia thiab/los sis kev siv qhov kub los sis txias ntxiv yuav tsum siv sij hawm kwv yees li: (Xaiv ib qho.)

☐ Cov Xyoo: _____ los sis ☐ Tas sim neej

LUB NPE NTAWM TUS NEEG UA TXOJ HAUJ LWM KHO MOB _____ TUS NAJ NPAWB XOV TOOJ _____

QHOV CHAW NYOB NTAWM CHAV HAUJ LWM _____

LUB NROOG _____ LUB XEEV _____ TUS ZAUV XA NTAWV (ZIP CODE) _____

DAIM NTAWV TSO CAI KHO MOB NTAWM LUB XEEV LOS SIS TUS NAJ NPAWB DAIM NTAWV TSO CAI UA TUB ROG _____

KOS NPE **HNUB TIM**

*Ib tus kws kho mob uas muaj daim ntawv tso cai, tus neeg uas tau txais ntawv tso cai ua raws li Tsab Cai Hais Txog Lub Tswv Yim Pib Paub Txog Tus Kab Mob Pob Txha (Osteopathic Initiative Act), tus kws ua txoj hauj lwm tu neeg mob los sis tus pab kws kho mob tej zaum yuav ua pov thawj tias tus neeg mob muaj feem ua rau muaj tus mob phom sij txog rau lub neej txoj sia los sis muaj mob nkeeg.

TUS NAJ NPAWB AS KHAUJ TUS NEEG SIV HLUAV TAWS XOB NTAWM PG&E (tib yam nkaus li phab 1)

Xa daim ntawv thov mus rau:

PG&E Billing Center Medical Baseline

P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

LOS SIS

ua ntawv thov hauv online:

pge.com/medicalbaseline

"PG&E" yog hais txog Lub Tuam Txhab Pacific Gas and Electric, lub chaw koom tes ntawm PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. Txhua txoj cai raug tswj cia lawm. Cov kev pab no tau txais peev nyiaj pab los ntawm cov neeg siv hluav taws xob cov nqi hluav taws xob hauv xeev California thiab raug tswj hwm los ntawm PG&E raws kev pab tsim kho ntawm Pab Pawg Thawj Coj Saib Xyuas Nqi Hluav Taws Xob Rau Zej Tsoom Sawv Daws Hauv Xeev California (California Public Utilities Commission).

62-3481-B Lub Ib Hlis Ntuj 2024 CCC-0224-7262

Medical Baseline Programへの申し込み—パートA（お客様記入用）

Medical Baseline Programの加入および再証明

ステップ1 アカウントおよびお客様情報（ブロック体でご記入ください。）

PG&Eお客様アカウント番号

お客様の姓名（PG&Eの請求書に記載される通り）

病状のある居住者の姓名
（ご利用先住所のお客様または常住者）

ご利用先住所　アパート番号

市　州　郵便番号

お客様の郵送先住所（ご利用先住所と異なる場合）　アパート番号

市　州　郵便番号

お客様の自宅電話番号　お客様の携帯電話番号

お客様のEメールアドレス

ステップ2 PG&E以外から請求を受けるお客様について

集合住宅（モービルホーム/アパート）の名称

集合住宅の住所

集合住宅の管理者名　集合住宅の電話番号

入居者名　入居者の電話番号

ステップ3 停電またはMedical Baselineについてお伝えする時の連絡方法（ご希望の選択肢をすべて選択）

公共の安全のための計画停電（Public Safety Power Shutoff (PSPS)）やその他の停電につながる状況がある場合に事前にご連絡できるよう、PG&Eにお客様がご希望する連絡方法を必ずお知らせください。状況によっては郵送で連絡することもあります。以下のすべての方法でPSPS時にご連絡します。

ご希望の連絡方法

☐ 電話番号：

☐ テキスト送信・携帯番号：

☐ Eメールアドレス：

☐ 聴覚障がい者/難聴者向けテキスト電話（TTY）用の電話番号：
TTYは、聴覚障がい者や難聴者のコミュニケーションを可能にする特別な通信装置です。

私は以下の内容を理解し同意します。

1. 有資格の医療従事者によって居住者の病状が永続的であると証明された場合は、4年ごとに、その居住者のMedical Baseline Program継続資格を確認する自己証明書を作成し、PG&Eに提出する必要があります。
2. 有資格の医療従事者によって住居者の病状が永続的ではないと証明された場合は、2年ごとに、有資格の医療従事者による証明を得た新たな申請書を作成し、PG&Eに提出する必要があります。
3. 全盲または視力障がいをお持ちのお客様は、PG&E（**1-800-743-5000**）に連絡して、特別な形式で証明の通知を送信するようにリクエストできます。
4. PG&Eは、ガスと電気の継続した供給サービスを保証することはできません。私には、ガスや電気が停止した時の代替手段を手配する責任があります。
5. PG&Eが申込みを処理する前に、本用紙のパートAとパートB両方をすべて記入し、オンラインまたは郵送にて、PG&Eに提出する必要があります。
6. 利用者は、Energy Upgrade California® Home Upgradeなどのエネルギー節約プログラムの恩恵を受けることも® できます。所得要件を満たす利用者は、Energy Savings Assistance（ESA：省エネ支援）プログラムを利用して無料で節約状況を改善することができます。詳細は **pge.com/saveenergy**をご覧ください。
7. 長期的な停電時に、PG&Eや私個人を支援し、私の安全と健康を守る目的で、PG&Eは私の連絡先情報を州や地元の緊急時初動対応機関などの組織と共有することがあります。
8. Baselineの料金が対象となるお客様は、認定された医療機器の支援として、追加で1日0.82192サームのガスおよび/または16.438kWhの電力供給を、現在のBaseline料金で受けることができます。Baselineなしの電気料金でご利用のお客様は、一律12%のD-MEDICAL割引を受けることができます。この**Medical Baseline Allowance**がお客様の医療用エネルギーニーズを満たさない場合は、**PG&E**（**1-800-743-5000**）までお電話ください。・Medical Baseline Programについての詳細は、**pge.com/medicalbaseline**をご覧ください。

ステップ4 署名

私は上記の情報が正しいことを証明します。また、私はMedical Baselineの居住者がこの住所に常時住み、Medical Baseline Programを必要としていることを証明します。私は、PG&Eがこれらの情報を確認することを許可します。また、私は資格要件を満たす居住者が転居した場合、あるいは**Medical Baseline program**を必要としなくなった場合には、速やかに**PG&E**に通知することに同意します。

署名

お客様ご署名

日付

自動ドキュメント、予備的ステートメント、パートA

pge.com/medicalbaseline よりオンラインでお申し込みください。

社内使用欄：

本申込書で収集された情報は、PG&Eのプライバシーポリシーに従って使用されます。当社のプライバシーポリシーは、**pge.com/privacy**をご覧ください。

62-3481-A 2024年1月 CCC-0224-7263

Medical Baseline Programへの申し込み—パートB（有資格の医療従事者が記入してください*。）

Medical Baseline Programの加入および再証明のための医療従事者による証明

ステップ5　有資格の医療従事者が記入してください。

私は、次の患者の病状と医療ニーズを証明します。（ブロック体でご記入ください。）

患者の姓　　患者の名

1a. 患者は在宅でのホスピスケアを受けている（どちらかを選択）はい ☐　いいえ ☐

1b. 生命維持装置の使用を必要としている（どちらかを選択）　はい ☐　いいえ ☐

次の生命維持装置を上記患者宅で使用している。

装置：＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 電気　☐ ガス

装置：＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 電気　☐ ガス

装置：＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 電気　☐ ガス

†対象となる生命維持装置とは、生命維持のために使用される、移動に不可欠なあらゆる医療機器を指します。この装置は、PG&Eが供給するガスや電気で作動している必要があります。これには人工呼吸器（酸素濃縮器）、人工肺、血液透析装置、吸引機、電気神経刺激装置、圧力パッドおよびポンプ、エアロゾルテント、静電気式および超音波ネブライザー、医療コンプレッサー、IPPB装置、腎臓透析装置、電動車椅子などが含まれますが、これらに限定されるものではありません。生命維持ではなく治療目的で使用する装置は対象になりません。

2. 加温および/または冷却を必要としている:

標準的MedicalBaselineAllowanceは、患者が下半身不随、四肢麻痺、片麻痺、多発性硬化症、または強皮症の場合、加温および/または冷却に適用できます。標準的なMedical Baseline Allowanceはまた、患者が免疫機能低下、生命を脅かす病気、その他の医療状態にあり、加温や冷却機能を追加することが、患者の生命維持や患者の症状悪化を防ぐために医療上必要な場合にも適用できます

追加的な 加温が 医療上必要である：（どちらかを選択）　☐ はい ☐ いいえ

追加的な 冷却が 医療上必要である：（どちらかを選択）　☐ はい ☐ いいえ

3. 私は、生命維持装置および/または追加の加温または冷却が、およそ以下の期間必要であることを証明します。（1つを選択）

☐ 年数：＿＿＿＿　または　☐ 永続的

医療従事者氏名　　電話番号

勤務先住所

市　　州　　郵便番号

州医療免許番号または軍免許番号

署名　　**日付**

*医師免許を有する医師、Osteopathic Initiative Act（整骨院イニシアチブ法）に基づく免許取得者、看護師、医師助手は、患者が命にかかわる症状や病気を有する旨の加入資格を証明できます。

PG&Eお客様アカウント番号（1頁目と同様）

下記まで郵送でお申し込みください。

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

または

オンラインで申し込む場合：
pge.com/medicalbaseline

自動ドキュメント、予備的ステートメント、パートA

「PG&E」は、PG&E Corporationの子会社であるPacific Gas and Electric Companyを指します。©2024 Pacific Gas and Electric Company. All rights reserved. これらのプログラムは、Californiaの公益事業を利用するお客様から資金提供を受け、California Public Utilities Commissionの後援の下でPG&Eが運営しています。

62-3481-B 2024年1月 CCC-0224-7263

ការដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធី Medical Baseline Program–Part A (ត្រូវបំពេញដោយអតិថិជន។)

សម្រាប់ការចុះឈ្មោះ និងការបញ្ជាក់ឡើងវិញនូវកម្មវិធី Medical Baseline Program

ជំហានទី 1 គណនី និងព័ត៌មានរបស់អតិថិជន (សូមសរសេរឲ្យច្បាស់។)

លេខគណនីអតិថិជនរបស់ PG&E

នាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់អតិថិជន (ដូចដែលបង្ហាញនៅលើវិក័យប័ត្រ PG&E)

នាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់អ្នកស្នាក់នៅដែលមានស្ថានភាពសុខភាព (អតិថិជន ឬអ្នករស់នៅពេញម៉ោងនៅក្នុងអាសយដ្ឋានសេវាកម្ម)

អាសយដ្ឋានសេវាកម្ម | លេខអាផាតមិន

ទីក្រុង | រដ្ឋ | ហ្ស៊ីបកូដ

អាសយដ្ឋានសំបុត្ររបស់អតិថិជន (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានសេវាកម្ម) | លេខអាផាតមិន

ទីក្រុង | រដ្ឋ | ហ្ស៊ីបកូដ

លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះរបស់អតិថិជន | លេខទូរសព្ទចល័តរបស់អតិថិជន

អ៊ីម៉ែលរបស់អតិថិជន

ជំហានទី 2 សម្រាប់អតិថិជនដែលបានទូទាត់វិក្កបត្រដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពី PG&E

ឈ្មោះរបស់ផ្ទះចល័ត ឬបណ្តុំអាផាតមិន

អាសយដ្ឋានបណ្តុំអាផាតមិន

ឈ្មោះរបស់អ្នកគ្រប់គ្រងបណ្តុំអាផាតមិន | លេខទូរសព្ទបណ្តុំអាផាតមិន

ឈ្មោះរបស់អ្នកជួលផ្ទះ | លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកជួលផ្ទះ

ជំហានទី 3 ចំណង់ចំណូលចិត្តទំនាក់ទំនងសម្រាប់ការដាច់ភ្លើង ឬការប្រាស្រ័យទាក់ទង Medical Baseline ផ្សេងទៀត (ធីកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។)

សូមប្រាកដថា PG&E មានចំណង់ចំណូលចិត្តទំនាក់ទំនងត្រឹមត្រូវរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យយើងអាចទាក់ទងអ្នកជាមុនសម្រាប់ការបិទថាមពលដើម្បីសុវត្ថិភាពសាធារណៈ (PSPS) ដែលបានគ្រោងទុក ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានការដាច់ភ្លើង។ ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន យើងក៏អាចនឹងផ្ញើលិខិតផងដែរ។ រាល់វិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងទាំងអស់នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងអំឡុងពេលព្រឹត្តិការណ៍ PSPS។

ចំណង់ចំណូលចិត្តទំនាក់ទំនង

- ☐ លេខទូរសព្ទ៖ _____
- ☐ លេខទូរសព្ទចល័តសម្រាប់ផ្ញើសារ៖ _____
- ☐ អ៊ីម៉ែល៖ _____
- ☐ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អតិថិជនដែលថ្លង់/ពិបាកក្នុងការស្តាប់ដោយប្រើប្រាស់ TTY តាមលេខទូរសព្ទ៖ _____
  TTY គឺជាឧបករណ៍ទូរគមនាគមន៍ឯកទេសសម្រាប់មនុស្សថ្លង់ និងពិបាកក្នុងការស្តាប់។

ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថា៖

1. ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យជំនាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នករស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នោះ PG&E តម្រូវឱ្យមានការបំពេញទម្រង់បែបបទរៀងរាល់ឆ្នាំម្តងដោយខ្លួនឯង ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបានបន្តរបស់អ្នករស់នៅសម្រាប់ Medical Baseline program។
2. ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យជំនាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បញ្ជាក់ពី ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកស្នាក់នៅថាមិនអចិន្ត្រៃយ៍ទេនោះ PG&E តម្រូវឲ្យមានការបំពេញពាក្យសុំថ្មីរួមជាមួយការបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យ ជំនាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជារៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង។
3. អតិថិជនដែលពិការភ្នែក ឬខ្សោយគំហើយ អាចទាក់ទងទៅ PG&E តាមលេខ**1-800-743-5000**ដើម្បីស្នើសុំការជូនដំណឹងជាទ្រង់ទ្រាយជំនួសនៅពេលដែលសេចក្តីជូនដំណឹងត្រូវបានផ្ញើសម្រាប់វិញ្ញាបនប័ត្រ។
4. PG&E មិនអាចធានាបាននូវសេវាកម្មហ្គាស និងអគ្គិសនីដែលមិនមានការរំខានឡើយ។ ខ្ញុំ ទទួលខុសត្រូវ ចំពោះ ការរៀបចំជំនួសនៅក្នុង ករណី ដែលមាន ការដាច់ហ្គាស់ ឬ អគ្គិសនី។
5. ទាំង Part A និង Part B នៃទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបានបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនទៅ PG&E តាមអ៊ីនធឺណិត ឬតាមសំបុត្រ មុនពេល PG&E ដំណើរការការដាក់ពាក្យសុំ។
6. អតិថិជនក៏អាចនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីសន្សំថាមពលដូចជា Energy Upgrade California ។® Home Upgrade ។ កម្មវិធីជំនួយសន្សំថាមពលសម្រាប់អតិថិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៃប្រាក់ចំណូលផ្តល់នូវការកែលម្អដោយឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E អាចនឹងចែករំលែកព័ត៌មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអង្គការដូចជា ទីភ្នាក់ងារឆ្លើយតបគ្រាអាសន្នដំបូងរបស់រដ្ឋ និងក្នុងមូលដ្ឋាន ដូច្នេះពួកគេអាចផ្តល់ជំនួយដល់ PG&E និងមកខ្ញុំដោយផ្ទាល់អំឡុងការផ្តាច់ចរន្តរយៈពេលយូរដើម្បីទ្រទ្រង់សុវត្ថិភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ខ្ញុំ។
8. ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងអត្រាដែលមានសិទ្ធិទទួលបានដោយមានកម្រិតមូលដ្ឋាន អ្នកអាចនឹងទទួលបានហ្គាស់ប្រចាំថ្ងៃបន្ថែម 0.82192 និង/ឬអគ្គិសនី 16.438 គីឡូវ៉ាត់ម៉ោង តាមតម្លៃមូលដ្ឋាននៃអត្រាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងអត្រាអគ្គិសនីដោយគ្មានកម្រិតមូលដ្ឋាន អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃ D-MEDICAL 12%។ **ប្រសិនបើប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់ Medical Baseline ទាំងនេះមិនបំពេញតាមតម្រូវការថាមពលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកទេ សូមទាក់ទង PG&E តាមលេខ 1-800-743-5000។** អាចរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធី Medical Baseline Program បានតាម **pge.com/medicalbaseline**.

ជំហានទី 4 ហត្ថលេខា

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំក៏ សូមបញ្ជាក់ផងដែរថាអ្នកស្នាក់នៅរបស់ Medical Baseline រស់នៅពេញម៉ោង នៅអាសយដ្ឋាននេះ ហើយត្រូវការកម្មវិធី Medical Baseline program។ ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យ PG&E ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះ។ ខ្ញុំក៏យល់ព្រមផងដែរដើម្បីជូនដំណឹងដល់**PG&E**ឱ្យបានបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្លាស់ទីលំនៅ ឬអ្នករស់នៅលែងត្រូវការ **Medical Baseline program** ។

ចុះហត្ថលេខា

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន

_____

កាលបរិច្ឆេទ

ឯកសារស្វ័យប្រវត្តិកម្ម របាយការណ៍បឋម Part A

អ្នកអាចដាក់ពាក្យតាមអនឡាញនៅ **pge.com/medicalbaseline**

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងតែប៉ុណ្ណោះ៖

ព័ត៌មានដែលបានប្រមូលពីការដាក់ពាក្យសុំនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់អនុលោមទៅតាមគោលការណ៍ឯកជនភាពរបស់ PG&E។ អាចរកគោលនយោបាយស្តីពីឯកជនភាពបានតាម **pge.com/privacy**

62-3481-A ខែមករា ឆ្នាំ 2024 CCC-0224-7264

ការដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធី Medical Baseline Program—Part B (ត្រូវបំពេញដោយគ្រូពេទ្យជំនាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់*.)

វិញ្ញាបនប័ត្ររបស់គ្រូពេទ្យជំនាញសម្រាប់ការចុះឈ្មោះ និងការបញ្ជាក់ឡើងវិញនៃកម្មវិធី Medical Baseline

ជំហានទី 5 ត្រូវបំពេញដោយគ្រូពេទ្យជំនាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសុខភាព និងតម្រូវការរបស់អ្នកជំងឺខ្ញុំ៖ (សូមសរសេរឲ្យច្បាស់។)

_____ _____

នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ

1a. អ្នកជំងឺស្ថិតនៅក្នុងការមើលថែទាំសង្គហដ្ឋាននៅតាមផ្ទះ (គូសធីកមួយ។) ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

1b. តម្រូវឱ្យមានការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ជីវិត (គូសធីកមួយ។) ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ជីវិតខាងក្រោមត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកជំងឺដែលមានឈ្មោះដូចខាងលើ៖

ឧបករណ៍៖ _____ ☐ អគ្គិសនី ☐ ហ្គាស

ឧបករណ៍៖ _____ ☐ អគ្គិសនី ☐ ហ្គាស

ឧបករណ៍៖ _____ ☐ អគ្គិសនី ☐ ហ្គាស

†ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ជីវិតដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ គឺជាឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលត្រូវបានប្រើ ដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិត ឬពឹងផ្អែកលើលទ្ធភាពចល័ត។ ឧបករណ៍នេះត្រូវតែដំណើរការដោយប្រើហ្គាស ឬអគ្គិសនីដែលបានផ្តល់ដោយ PG&E។ វារួមមានដូចជា ប្រដាប់ជំនួយការដកដង្ហើម (ឧបករណ៍កំហាប់អុកស៊ីសែន) ស្ពតដែក ម៉ាស៊ីនលាងឈាម ម៉ាស៊ីនបឹត ឧបករណ៍រំញោចសរសៃប្រសាទដោយអគ្គិសនី បន្ទះសម្ពាធនិងប្រដាប់បូម តង់អ៊ីស្ស៊ូស ឧបករណ៍អគ្គិសនីស្តាទិកនិងអ៊ុលត្រាសូនិក ម៉ាស៊ីនបង្ហាប់ ម៉ាស៊ីន IPPB ម៉ាស៊ីនចម្រោះតម្រងនោម និងរទេះរុញដោយប្រើម៉ាស៊ីន។ ឧបករណ៍ដែលបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការព្យាបាលជាជាងការទ្រទ្រង់ជីវិតមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទេ។

2. តម្រូវឱ្យមានប្រព័ន្ធកម្តៅនិង/ឬត្រជាក់៖

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនៃ Medical Baseline ស្តង់ដារគឺមានសម្រាប់ប្រព័ន្ធកម្តៅ និង/ឬត្រជាក់ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺខ្វិនជើងទាំងពីរ ខ្វិនអវយវៈទាំងបួន ស្លាប់មួយចំហៀងខ្លួន មានជំងឺក្រិនច្រើន ឬរោគក្រិនស្បែក។ Standard Medical Baseline Allowance ក៏អាចរកបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ ជំងឺដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ឬលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតដែល **ការកម្តៅ ឬត្រជាក់បន្ថែម គឺចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល ដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតអ្នកជំងឺ ឬបង្ការស្ថានភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនៃសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ។**

ការកម្តៅ បន្ថែម គឺចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល៖ (គូសធីកមួយ។) ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ការធ្វើឲ្យត្រជាក់ បន្ថែម គឺចាំបាច់សម្រាប់ព្យាបាល៖ (គូសធីកមួយ។) ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

3. ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា នឹងតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ជីវិត និង/ឬប្រព័ន្ធកម្តៅ ឬត្រជាក់បន្ថែមប្រមាណជា៖ (ជ្រើសរើសមួយ។)

☐ ចំនួនឆ្នាំ៖ _____ ឬ ☐ ជាអចិន្ត្រៃយ៍

_____ _____

ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យជំនាញ លេខទូរសព្ទ

_____

អាសយដ្ឋានការិយាល័យ

_____ _____ _____

ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្ស៊ីបកូដ

_____

លេខអាជ្ញាប័ណ្ណរដ្ឋវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាជ្ញាប័ណ្ណយោធា

ចុះហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

*គ្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ បុគ្គលដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណស្របតាម Osteopathic Initiative Act គិលានុបដ្ឋាជ័ន្ត ឬជំនួយការគ្រូពេទ្យ អាចនឹងបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកជំងឺថាមានស្ថានភាព ឬជំងឺដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត។

លេខគណនីអតិថិជន PG&E (ដូច ទៅនឹងទំព័រទី 1)

ការដាក់ពាក្យសុំតាមសំបុត្រទៅ៖

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

ឬ

ដាក់ពាក្យសុំតាមអនឡាញ៖
pge.com/medicalbaseline

"PG&E" សំដៅទៅលើក្រុមហ៊ុនហ្គាស និងអគ្គិសនីប៉ាស៊ីហ្វិក ដែលជាក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធមួយរបស់សាជីវកម្ម PG&E។ ©2024 Pacific Gas and Electric Company ។ រក្សាសិទ្ធគ្រប់យ៉ាង។ ការផ្តល់ជូនទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិដោយអតិថិជនប្រើប្រាស់ប្រចាំរដ្ឋ California និងគ្រប់គ្រងដោយ PG&E ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភរបស់គណៈកម្មការសេវាកម្មសាធារណៈប្រចាំរដ្ឋ California។

62-3481-B ខែមករា ឆ្នាំ 2024 CCC-0224-7264

Medical Baseline Program ਸੰਬੰਧੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼—ਭਾਗ ਏ (ਗਾਹਕ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।)

Medical Baseline Program ਨਾਮਾਂਕਣ ਅਤੇ ਪੁਨਰ-ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਲਈ

ਕਦਮ 1 ਖਾਤਾ ਅਤੇ ਗਾਹਕ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।)

PG&E ਗਾਹਕ ਦਾ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ

ਗਾਹਕ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ (ਜਿਵੇਂ ਇਹ PG&E ਬਿੱਲ 'ਤੇ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ)

ਪਹਿਲੇ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਨਾਲ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਵਾਲਾ ਨਿਵਾਸੀ
(ਗਾਹਕ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਸੰਬੰਧੀ ਪਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਫੁੱਲ ਟਾਈਮ ਨਿਵਾਸੀ)

ਸੇਵਾ ਸੰਬੰਧੀ ਪਤਾ | ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ

ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ

ਗਾਹਕ ਨੂੰ ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਸੇਵਾ ਸੰਬੰਧੀ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋਵੇ) | ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ

ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ

ਗਾਹਕ ਦੇ ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ | ਗਾਹਕ ਦਾ ਮੋਬਾਈਲ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

ਗਾਹਕ ਦੀ ਈਮੇਲ

ਕਦਮ 2 PG&E ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੁਆਰਾ ਬਿੱਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ

ਮੋਬਾਈਲ ਹੋਮ ਜਾਂ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਕੰਪਲੈਕਸ ਦਾ ਨਾਮ

ਕੰਪਲੈਕਸ ਦਾ ਪਤਾ

ਕੰਪਲੈਕਸ ਦੇ ਮੈਨੇਜਰ ਦਾ ਨਾਮ | ਕੰਪਲੈਕਸ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ | ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

ਕਦਮ 3 ਆਊਟੇਜ ਜਾਂ ਹੋਰ Medical Baseline ਸੰਚਾਰਾਂ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਤਰਜੀਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ।)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ PG&E ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਹੀ ਸੰਪਰਕ ਤਰਜੀਹਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਪਬਲਿਕ ਸੇਫ਼ਟੀ ਪਾਵਰ ਸ਼ੱਟਆਫ਼ (Public Safety Power Shutoff (PSPS)) ਜਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕੀਏ, ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਬਿਜਲੀ ਦਾ ਕੱਟ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਵੀ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇੱਕ PSPS ਇਵੈਂਟ ਦੌਰਾਨ ਸੰਪਰਕ ਸੰਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਸੰਪਰਕ ਤਰਜੀਹਾਂ

☐ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____

☐ ਟੈਕਸਟ ਮੋਬਾਈਲ ਨੰਬਰ: _____

☐ ਈਮੇਲ: _____

☐ TTY ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਬੋਲੇ/ਉੱਚਾ ਸੁਣਨ ਵਾਲੇ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____
TTY ਬੋਲੇ ਅਤੇ ਉੱਚਾ ਸੁਣਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੂਰਸੰਚਾਰ ਉਪਕਰਣ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ:

1. ਜੇਕਰ ਯੋਗ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਇਹ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਨਿਵਾਸੀ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਸਥਾਈ ਹੈ, ਤਾਂ PG&E ਨੂੰ ਹਰ ਚਾਰ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ Medical Baseline ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਨਿਵਾਸੀ ਦੀ ਨਿਰੰਤਰ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸਵੈ-ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।
2. ਜੇ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਨਿਵਾਸੀ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਸਥਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ PG&E ਨੂੰ ਹਰ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਸਮੇਤ ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
3. ਜਿਹੜੇ ਗਾਹਕ ਨੇਤਰਹੀਣ ਹਨ ਜਾਂ ਘੱਟ ਨਜ਼ਰ ਵਾਲੇ ਹਨ, ਉਹ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ ਲਈ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ PG&E ਨਾਲ **1-800-743-5000** ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
4. PG&E ਨਿਰਵਿਘਨ ਗੈਸ ਅਤੇ ਬਿਜਲੀ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਗਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੀ। ਗੈਸ ਜਾਂ ਬਿਜਲੀ ਬੰਦ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਬਦਲਵੇਂ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਾਂ।
5. PG&E ਵੱਲੋਂ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ ਏ ਅਤੇ ਭਾਗ ਬੀ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ PG&E ਨੂੰ ਆਨਲਾਈਨ ਜਾਂ ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਸਬਮਿਟ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
6. ਗਾਹਕ ਊਰਜਾ ਬੱਚਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ Energy Upgrade California Home Upgrade® ਤੋਂ ਵੀ ਲਾਭ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ । ਆਮਦਨ-ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਊਰਜਾ ਬੱਚਤ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਸੁਧਾਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਇੱਥੇ ਵਿਜ਼ਿਟ ਕਰੋ **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E ਮੇਰੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਾਜਾਂ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਜਵਾਬਕਰਤਾਵਾਂ ਏਜੰਸੀ ਵਰਗੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਮੇਰੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਲਈ ਵਧੀ ਹੋਈ ਆਊਟੇਜ ਦੇ ਦੌਰਾਨ PG&E ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਦਦ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਣ।
8. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬੇਸਲਾਈਨ ਦੇ ਨਾਲ ਯੋਗ ਦਰ 'ਤੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣਾਂ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ ਰੇਟ ਦੀ ਬੇਸਲਾਈਨ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਵਾਧੂ 0.82192 therms ਗੈਸ ਅਤੇ/ਜਾਂ 16.438 kWh ਬਿਜਲੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਬੇਸਲਾਈਨ ਦੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਿਕ ਰੇਟ 'ਤੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਫਲੈਟ 12% D-ਮੈਡੀਕਲ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। **ਜੇਕਰ ਇਹ Medical Baseline allowances ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਊਰਜਾ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ PG&E** ਨਾਲ **1-800-743-5000 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।**. Medical Baseline Program ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਥੇ ਲੱਭੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ **pge.com/medicalbaseline**.

ਕਦਮ 4 ਦਸਤਖਤ

ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ **Medical Baseline** ਨਿਵਾਸੀ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ **Medical Baseline program** ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਮੈਂ **PG&E** ਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। **ਜੇਕਰ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਿਵਾਸੀ ਮੂਵ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਿਵਾਸੀ ਨੂੰ Medical Baseline ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ PG&E ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਵੀ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।**

ਦਸਤਖਤ

ਗਾਹਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ਼

ਆਟੋਮੇਟਡਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਿਆਨ, ਭਾਗ A

ਤੁਸੀਂ ਇੱਥੇ ਆਨਲਾਈਨ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ **pge.com/medicalbaseline**

ਸਿਰਫ ਅੰਦਰੂਨੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ:

ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ PG&E ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੀਤੀ ਅਨੁਸਾਰ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੀਤੀ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **pge.com/privacy**

62-3481-A ਜਨਵਰੀ 2024 CCC-0224-7266

Medical Baseline Program ਸੰਬੰਧੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼—ਭਾਗ ਬੀ (ਕਿਸੇ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ*।)

ਮੈਡੀਕਲ ਬੇਸਲਾਈਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਮਾਂਕਣ ਅਤੇ ਪੁਨਰ-ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ

ਕਦਮ 5 ਕਿਸੇ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ: (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।)

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ _____ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ _____

1a. ਮਰੀਜ਼ ਘਰ-ਵਿੱਚ ਹੋਸਪੀਸ ਦੇਖਭਾਲ 'ਤੇ ਹੈ (ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

1b. ਲਾਈਫ ਸਪੋਰਟ ਡਿਵਾਈਸ(ਸਾਂ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜੀਵਨ-ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਡਿਵਾਈਸ(ਸਾਂ) ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਾਂਕਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਿਵਾਸ ਵਿੱਚ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ/ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ:

ਡਿਵਾਈਸ: _____ ☐ ਬਿਜਲੀ ☐ ਗੈਸ

ਡਿਵਾਈਸ: _____ ☐ ਬਿਜਲੀ ☐ ਗੈਸ

ਡਿਵਾਈਸ: _____ ☐ ਬਿਜਲੀ ☐ ਗੈਸ

†ਇੱਕ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਉਪਕਰਣ ਕੋਈ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣ ਹੈ ਜੋ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਲਈ ਇਸ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਰਿਹਾ ਜਾਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਡਿਵਾਈਸ PG&E ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਗੈਸ ਜਾਂ ਬਿਜਲੀ ' ਤੇ ਚੱਲਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਯੰਤਰ (ਆਕਸੀਜਨ ਕੰਨਸਨਟਰੇਟਰਜ਼), ਆਇਰਨ ਲੰਗਜ਼, ਹੀਮੋਡਾਇਲਸਿਸ ਮਸ਼ੀਨਾਂ, ਸਕਸ਼ਨ ਮਸ਼ੀਨਾਂ, ਇਲੈਕਟ੍ਰਿਕ ਨਰਵ ਸਿਮੂਲੇਟਰਜ਼, ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਪੈਡ ਅਤੇ ਪੰਪ, ਐਰੋਸੋਲ ਟੈਂਟ, ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਸਟੈਟਿਕ ਅਤੇ ਅਲਟਰਾਸੋਨਿਕ ਨੇਬੂਲਾਈਜ਼ਰ, ਕੰਪ੍ਰੈਸਟਰ, IPPB ਮਸ਼ੀਨਾਂ, ਕਿਡਨੀ ਡਾਇਲਸਿਸ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਅਤੇ ਮੋਟਰ ਨਾਲ ਸੰਚਾਲਿਤ ਵ੍ਹੀਲਚੇਅਰਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਬਜਾਏ ਥੈਰੇਪੀ ਲਈ ਵਰਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਡਿਵਾਈਸਾਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ।

2. ਹੀਟਿੰਗ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕੂਲਿੰਗ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:

ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਧਰੰਗ, ਲੱਤਾਂ-ਬਾਹਾਂ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦੀ ਬਲੌਕੇਜ਼ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਮਲਟੀਪਲ ਸਕਲੇਰੋਸਿਸ ਜਾਂ ਸਕਲੇਰੋਡਰਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਿਆਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਬੇਸਲਾਈਨ ਭੱਤੇ ਹੀਟਿੰਗ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕੂਲਿੰਗ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮਿਆਰੀ Medical Baseline allowances ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੈ, ਜਾਨਲੇਵਾ ਬਿਮਾਰੀ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ **ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਜਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਵਿਗੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਵਾਧੂ ਹੀਟਿੰਗ ਜਾਂ ਕੂਲਿੰਗ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।**

ਵਾਧੂ ਹੀਟਿੰਗ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਵਾਧੂ ਕੂਲਿੰਗ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

3. ਮੈਂ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੀਵਨ ਸਹਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਡਿਵਾਈਸ(ਸਾਂ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਾਧੂ ਹੀਟਿੰਗ ਜਾਂ ਕੂਲਿੰਗ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ: (ਇੱਕ ਚੁਣੋ।)

☐ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ: _____ ਜਾਂ ☐ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ

ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ _____

ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਪਤਾ _____

ਸ਼ਹਿਰ _____ ਰਾਜ _____ ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ _____

ਮੈਡੀਕਲ ਸਟੇਟ ਲਾਇਸੰਸ ਜਾਂ ਮਿਲਟਰੀ ਲਾਇਸੰਸ ਨੰਬਰ _____

ਦਸਤਖਤ _____ **ਤਾਰੀਖ਼** _____

*ਇੱਕ ਲਾਇਸੰਸਸ਼ੁਦਾ ਡਾਕਟਰ, Osteopathic Initiative Act ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਲਾਇਸੰਸਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਸਹਾਇਕ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਜਾਨਲੇਵਾ ਅਵਸਥਾ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਣ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

PG&E ਗਾਹਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ [ਪੰਨਾ 1 ਦੇ ਸਮਾਨ]

ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

ਜਾਂ

ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ:
pge.com/medicalbaseline

"PG&E", PG&E ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਕੰਪਨੀ ਪੈਸੀਫਿਕ ਗੈਸ ਅਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਿਕ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ©2024 Pacific Gas and Electric Company. ਸਾਰੇ ਹੱਕ ਰਾਖਵੇਂ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਉਪਯੋਗਤਾ ਗਾਹਕਾਂ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਪਬਲਿਕ ਉਪਯੋਗਤਾ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਹੇਠ PG&E ਦੁਆਰਾ ਵਿਵਸਥਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

62-3481-B ਜਨਵਰੀ 2024 CCC-0224-7266

Candidatura ao Medical Baseline Program—Parte A (A ser preenchido pelo cliente.)

Para inscrição e recertificação no Programa Medical Baseline

PASSO 1 Informações sobre a conta e o cliente (Imprima.)

NÚMERO DA CONTA DO CLIENTE PG&E

PRIMEIRO NOME E SOBRENOME DO CLIENTE (conforme aparece na conta PG&E)

RESIDENTE COM CONDIÇÃO MÉDICA PRIMEIRO NOME E APELIDO
(o cliente ou residente em tempo integral no endereço do serviço)

ENDEREÇO DE SERVIÇO | NÚMERO DE APTO

CIDADE | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

ENDEREÇO DE CORREIO DO CLIENTE (se diferente do endereço do serviço) | NÚMERO DE APTO

CIDADE | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELEFONE RESIDENCIAL DO CLIENTE | NÚMERO DE TELEMÓVEL DO CLIENTE

E-MAIL DO CLIENTE

PASSO 2 Para clientes não sujeitos a faturação pela PG&E

NOME DA CASA MÓVEL OU COMPLEXO DE APARTAMENTOS

ENDEREÇO DO COMPLEXO

NOME DO GESTOR DO COMPLEXO | NÚMERO DE TELEFONE DO COMPLEXO

NOME DO INQUILINO | NÚMERO DE TELEFONE DO INQUILINO

PASSO 3 Preferências de contacto para interrupções ou outras comunicações no âmbito do Medical Baseline (Marque todas as opções aplicáveis.)

Certifique-se de que PG&E tem as suas preferências de contacto corretas para que possamos entrar em contacto consigo antes de um corte de energia por motivos de segurança pública (PSPS) planeado ou outras situações que possam resultar numa interrupção. Em determinadas situações, também podemos enviar uma carta. Todos os métodos de contacto serão utilizados durante um evento PSPS.

PREFERÊNCIAS DE CONTACTO

☐ Número de telefone: _____

☐ Número de telemóvel de texto: _____

☐ E-mail: _____

☐ Contacto para clientes surdos/com deficiência auditiva que TTY no número de telefone: _____
TTY é um dispositivo de telecomunicações especializado para surdos e deficientes auditivos.

Entendo e concordo que:

1. Se o médico qualificado certificar que a condição médica do residente é permanente, a PG&E requer o preenchimento de um formulário a cada quatro anos, certificando a continuação da elegibilidade do residente para o Programa Medical Baseline.
2. Se o médico qualificado certificar que a condição médica do residente não é permanente, a PG&E exige o preenchimento de um novo requerimento, incluindo a certificação de um médico qualificado a cada dois anos.
3. Os clientes cegos ou com problemas de visão podem contactar a PG&E pelo telefone **1-800-743-5000** para solicitar notificações em formatos alternativos quando os avisos forem enviados para certificação.
4. A PG&E não pode garantir serviço ininterrupto de gás e eletricidade. Sou responsável por encontrar soluções alternativas em caso de falta de gás ou eletricidade.
5. Tanto a Parte A quanto a Parte B deste formulário devem ser preenchidas e enviadas para a PG&E, online ou por correio, antes de a PG&E processar a candidatura.
6. Os clientes também podem beneficiar de programas de poupança de energia, como o Energy Upgrade California® Home Upgrade. O Programa de Assistência à Poupança de Energia para clientes qualificados por critério de rendimento oferece melhorias gratuitamente. Para obter mais informações, aceda a **pge.com/saveenergy**.
7. A PG&E pode partilhar as minhas informações de contacto com organizações, como agências estaduais e locais de resposta a emergências, com o intuito de que prestem assistência à PG&E e a mim pessoalmente durante uma interrupção prolongada contribuindo para a minha segurança e bem-estar.
8. Se estiver a pagar uma tarifa elegível com um valor base, poderá receber 0,82192 therms de gás adicionais e/ou 16,438 kWh de eletricidade ao preço base da sua tarifa atual para apoiar os seus dispositivos médicos qualificados. Se estiver a pagar uma tarifa de eletricidade sem valor base, poderá ser elegível para receber um desconto fixo de 12% D-MEDICAL. **Se estes subsídios Medical Baseline não satisfizerem as suas necessidades de energia para fins médicos, entre em contacto com a PG&E pelo telefone 1-800-743-5000**. Mais informações sobre o Programa Medical Baseline podem ser encontradas em **pge.com/medicalbaseline**.

PASSO 4 Assinatura

Certifico que as informações acima estão corretas. Certifico também que o residente que solicita o Medical Baseline vive em tempo integral neste endereço e necessita do Programa Medical Baseline. Concordo em permitir que a PG&E verifique esta informação. **Também concordo em notificar a PG&E imediatamente se o residente qualificado mudar de residência ou deixar de necessitar do Programa Medical Baseline.**

ASSINATURA

ASSINATURA DO CLIENTE

DATA

Documento automatizado, declaração preliminar, parte A

Pode candidatar-se online em **pge.com/medicalbaseline**

As informações recolhidas neste formulário de candidatura são usadas de acordo com a Política de Privacidade da PG&E.
A Política de Privacidade está disponível em **pge.com/privacy**

APENAS PARA USO INTERNO:

62-3481-A janeiro de 2024 CCC-0224-7265

Candidatura ao Medical Baseline Program—Parte B (A ser preenchido pelo Médico*.)

Certificação de médico para inscrição e recertificação no Programa Medical Baseline

PASSO 5 A ser preenchido por um médico qualificado

Certifico a condição médica e as necessidades do meu doente: (Imprima.)

ÚLTIMO NOME DO DOENTE | PRIMEIRO NOME DO DOENTE

1a. O doente está em cuidados paliativos domiciliários (Marque uma opção.) ☐ Sim ☐ Não

1b. Requer o uso de dispositivo(s) de assistência à vida (Marque uma opção.) ☐ Sim ☐ Não

O(s) seguinte(s) dispositivo(s) de assistência à vida é(são) usado(s) na residência do doente acima mencionado:

Dispositivo: _____ ☐ Eletricidade ☐ Gás

Dispositivo: _____ ☐ Eletricidade ☐ Gás

Dispositivo: _____ ☐ Eletricidade ☐ Gás

†Um dispositivo de assistência à vida qualificado é qualquer dispositivo médico utilizado para sustentar a vida ou para mobilidade. Este dispositivo tem de funcionar com gás ou eletricidade fornecida pela PG&E. Tal inclui, sem limitação, respiradores (concentradores de oxigénio), pulmões de aço, máquinas de hemodiálise, máquinas de sucção, estimuladores nervosos elétricos, almofadas e bombas de pressão, tendas de aerossol, nebulizadores eletrostáticos e ultrassónicos, compressores, máquinas RPPI, máquinas de diálise renal cadeiras de rodas motorizadas. **Dispositivos utilizados para terapia e não assistência à vida não se qualificam.**

2. Requer aquecimento e/ou arrefecimento:

Estão disponíveis subsídios Medical Baseline padrão para aquecimento e/ou arrefecimento se o doente for paraplégico, tetraplégico, hemiplégico ou tiver esclerose múltipla ou esclerodermia. Os subsídios Medical Baseline padrão também estão disponíveis se o doente tiver um sistema imunitário comprometido, doença com risco de vida ou qualquer outra condição para a qual **aquecimento ou refrigeração adicional seja clinicamente necessário para sustentar a vida do doente ou evitar a deterioração da condição médica do doente.**

Aquecimento **adicional** é medicamente necessário: (Marque uma opção.) ☐ Sim ☐ Não

Refrigeração **adicional** é medicamente necessário: (Marque uma opção.) ☐ Sim ☐ Não

3. Certifico que os dispositivos de assistência à vida e/ou aquecimento ou arrefecimento adicional serão necessários durante aproximadamente: (Selecione uma opção.)

☐ Número de anos: _____ ou ☐ Permanentemente

NOME DO MÉDICO | NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO

CIDADE | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

LICENÇA MÉDICA DO ESTADO OU NÚMERO DA LICENÇA MILITAR

ASSINATURA | DATA

*Um médico licenciado, uma pessoa licenciada de acordo com o Osteopathic Initiative Act, um enfermeiro ou um assistente médico pode certificar a elegibilidade de um doente como portador de uma condição ou doença potencialmente fatal.

NÚMERO DE CONTA DE CLIENTE DA PG&E (igual à página 1)

Candidatura por correio para:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

OU

candidate-se online:
pge.com/medicalbaseline

Documento automatizado, declaração preliminar, parte A

"PG&E" refere-se à Pacific Gas and Electric Company, uma subsidiária da PG&E Corporation. ©2024 Pacific Gas and Electric Company. Todos os direitos reservados. Estas ofertas são financiadas por clientes de serviços públicos da Califórnia e administradas pela PG&E sob os auspícios da Comissão de Serviços Públicos da Califórnia.

62-3481-B janeiro de 2024 CCC-0224-7265

ใบสมัครเข้าร่วม Medical Baseline Program—ส่วน A (สำหรับลูกค้ากรอก)

สำหรับการลงทะเบียนและการรับรองของ Medical Baseline Program

ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลบัญชีและข้อมูลลูกค้า (ตัวบรรจง)

หมายเลขบัญชีลูกค้าของ PG&E

ชื่อและนามสกุลของลูกค้า (ตามที่ระบุในใบเรียกเก็บเงินของ PG&E)

ชื่อและนามสกุลของผู้อยู่อาศัยที่มีโรคประจำตัว
(ลูกค้าหรือผู้อยู่อาศัยเต็มเวลาตามที่อยู่ที่ใช้บริการ)

ที่อยู่ที่ใช้บริการ | หมายเลข APT

เมือง | รัฐ | รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ไปรษณีย์ของลูกค้า (หากไม่ใช่ที่อยู่ที่ใช้บริการ) | หมายเลข APT

เมือง | รัฐ | รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์บ้านของลูกค้า | หมายเลขโทรศัพท์มือถือของลูกค้า

อีเมลของลูกค้า

ขั้นตอนที่ 2 สำหรับลูกค้าที่เรียกเก็บเงินโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ PG&E

ชื่อบ้านเคลื่อนที่หรือคอมเพล็กซ์อะพาร์ตเมนต์

ที่อยู่ของอพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้จัดการอพาร์ตเมนต์ | หมายเลขโทรศัพท์ของอพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้อยู่อาศัย | หมายเลขโทรศัพท์ของผู้อยู่อาศัย

ขั้นตอนที่ 3 ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อในกรณีที่ไฟฟ้าดับหรือการสื่อการเกี่ยวกับโปรแกรม Medical Baseline อื่น ๆ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่า PG&E มีข้อมูลติดต่อที่คุณต้องการให้ติดต่อที่ถูกต้อง เพื่อให้เราสามารถติดต่อคุณเพื่อแจ้งให้ทราบถึงการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ (PSPS) ที่วางแผนไว้หรือสถานการณ์อื่นๆที่อาจทำให้ไฟฟ้าดับล่วงหน้าได้ในบางสถานการณ์เราอาจส่งจดหมายเพื่อแจ้งให้ทราบ ทั้งนี้ เราจะใช้วิธีการติดต่อทั้งหมดในระหว่างที่มีการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ

ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อ

☐ หมายเลขโทรศัพท์: _____

☐ หมายเลขโทรศัพท์มือถือสำหรับส่งข้อความ: _____

☐ อีเมล: _____

☐ ข้อมูลติดต่อสำหรับลูกค้าที่สูญเสียการได้ยิน/มีความบกพร่องทางการได้ยินโดยใช้ TTY ที่หมายเลขโทรศัพท์: _____
TTY เป็นอุปกรณ์โทรคมนาคมเฉพาะสำหรับผู้ที่สูญเสียการได้ยินและมีความบกพร่องทางการได้ยิน

ข้าพเจ้าเข้าใจและตกลงว่า:

1. หากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับรองว่าภาวะทางการแพทย์ของผู้อยู่อาศัยเป็นอาการถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกแบบฟอร์มทุกสองปีเพื่อรับรองตนเองว่าผู้อยู่อาศัยยังคงมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรม Medical Baseline
2. หากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรองว่าโรคประจำตัวของผู้อยู่อาศัยไม่ใช่โรคที่เป็นถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกใบสมัครใหม่พร้อมทั้งมีใบรับรองจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกสองปี
3. ลูกค้าที่พิการทางสายตาหรือสายตาพร่ามัวสามารถติดต่อ PG&E ได้ที่ **1-800-743-5000** เพื่อร้องขอการแจ้งเตือนในรูปแบบอื่นเมื่อมีการส่งประกาศแจ้งสำหรับการรับรอง
4. PG&E ไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะมีการให้บริการแก๊สและไฟฟ้าได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดชะงัก ข้าพเจ้ามีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมวิธีการอื่นในกรณีที่แก๊สหรือไฟฟ้าดับ
5. จะต้องกรอกข้อมูลในส่วน A และส่วน B ของแบบฟอร์มนี้และส่งไปที่ PG&E ทางออนไลน์หรือทางไปรษณีย์ก่อนที่ PG&E จะประมวลผลใบสมัครนี้
6. นอกจากนี้ลูกค้ายังอาจได้รับสิทธิประโยชน์จากโปรแกรมประหยัดพลังงาน เช่น Energy Upgrade California® Home Upgrade โปรแกรม Energy Savings Assistance สำหรับลูกค้าที่มีรายได้ตามเกณฑ์จะให้ความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ **pge.com/saveenergy**.
7. PG&E อาจเปิดเผยข้อมูลติดต่อของข้าพเจ้ากับองค์กรต่าง ๆ เช่น หน่วยงานรับมือเหตุฉุกเฉินของรัฐและท้องถิ่นเพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวสามารถให้ความช่วยเหลือแก่PG&Eและข้าพเจ้าเป็นการส่วนตัวในระหว่างที่ไฟฟ้าดับเป็นระยะเวลานาน เพื่อดูแลความปลอดภัยและความเป็นอยู่ของข้าพเจ้า
8. หากคุณอยู่ในอัตราที่มีสิทธิ์ตามเกณฑ์พื้นฐาน คุณอาจได้รับแก๊สเพิ่มอีกวันละ 0.82192 Therms และ/หรือไฟฟ้า 16.438 กิโลวัตต์ชั่วโมงในราคาพื้นฐานตามอัตราปัจจุบันของคุณเพื่อรองรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากคุณใช้อัตราค่าไฟฟ้าที่ไม่มีพื้นฐาน คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับส่วนลด D-Medical แบบคงที่ 12% **หากเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายของ Medical Baseline ไม่เป็นไปตามความต้องการพลังงานทางการแพทย์ของคุณ โปรดติดต่อ PG&E ที่ 1-800-743-5000**ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Medical Baseline Program ได้ที่ **pge.com/medicalbaseline**.

ขั้นตอนที่ 4 ลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้อยู่อาศัยในMedicalBaselineอาศัยอยู่ที่อยู่นี้ตลอดเวลาและจำเป็นต้องเข้าร่วมใน Medical Baseline Program ข้าพเจ้าอนุญาตให้ PG&E ตรวจสอบข้อมูลนี้ **และข้าพเจ้ายังตกลงที่จะแจ้งให้ PG&E ทราบในทันทีว่าผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิ์ได้ย้ายที่อยู่หรือผู้อยู่อาศัยไม่มีความจำเป็นต้องเข้าร่วมในโปรแกรมMedicalBaselineอีกต่อไป**

ลงนาม

ลายมือชื่อของลูกค้า

วันที่

เอกสารอัตโนมัติ, คำชี้แจงเบื้องต้น, ส่วน A

คุณสามารถสมัครออนไลน์ได้ที่ **pge.com/medicalbaseline**

สำหรับใช้ภายในเท่านั้น:

ข้อมูลที่รวบรวมในใบสมัครนี้จะถูกนำไปใช้ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของ PG&E นโยบายความเป็นส่วนตัวมีเผยแพร่ที่ pge.com/privacy

ใบสมัครเข้าร่วม Medical Baseline Program—ส่วน B (กรอกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม*)

การรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับการลงทะเบียนและการรับรองของโปรแกรม Medical Baseline

ขั้นตอนที่ 5 กรอกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

ข้าพเจ้าขอรับรองภาวะทางการแพทย์และความจำเป็นของผู้ป่วยของข้าพเจ้า: (ตัวบรรจง)

นามสกุลของผู้ป่วย _____ ชื่อของผู้ป่วย _____

1ก. ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (เลือกหนึ่งช่อง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1ข. จำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ประคับประคองชีวิต (เลือกหนึ่งช่อง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ผู้ป่วยที่มีชื่อตามที่อยู่ข้างต้นได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ประคับประคองชีวิตต่อไปนี้:

เครื่องมือแพทย์: _____ ☐ ไฟฟ้า ☐ แก๊ส

เครื่องมือแพทย์: _____ ☐ ไฟฟ้า ☐ แก๊ส

เครื่องมือแพทย์: _____ ☐ ไฟฟ้า ☐ แก๊ส

†เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ประคับประคองชีวิตที่เป็นไปตามเกณฑ์คือเครื่องมือแพทย์ใด ๆ ที่ใช้เพื่อช่วยชีวิตหรือพึ่งพาในการเคลื่อนไหว เครื่องมือนี้จะต้องใช้แก๊สหรือไฟฟ้าที่ให้บริการโดย PG&E ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงเครื่องช่วยหายใจ (เครื่องผลิตออกซิเจน), ปอดเหล็ก, เครื่องไตเทียม, เครื่องดูดเสมหะ, เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า, แผ่นแรงดันและปั๊ม, กล่องป้องกันเชื้อฟุ้งกระจาย, เครื่องพ่นละอองยาแบบไฟฟ้าสถิตและระบบอัลตราโซนิก, คอมเพรสเซอร์, เครื่อง IPPB, เครื่องฟอกไตและรถเข็นผู้ป่วยไฟฟ้า **เครื่องมือแพทย์สำหรับการรักษาที่ไม่ใช่สำหรับการใช้เพื่อประคับประคองชีวิตจะไม่มีสิทธิ์**

2. จำเป็นต้องใช้ระบบทำความร้อนและ/หรือทำความเย็น:

Medical Baseline มีเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายมาตรฐานสำหรับระบบทำความร้อนและ/หรือทำความเย็น หากผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งล่าง อัมพาตที่แขนและขา อัมพาตครึ่งซีก เป็นโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือโรคหนังแข็ง นอกจากนี้ Medical Baseline ยังมีเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายมาตรฐานหากผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาการป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออาการอื่นใดที่**มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องมีระบบทำความร้อนหรือความเย็นเพิ่มเติมเพื่อประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยหรือป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางการแพทย์ที่แย่ลง**

มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องมี ระบบ**ทำความร้อน** เพิ่มเติม: (เลือกหนึ่งช่อง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องมี ระบบ**ทำความเย็น** เพิ่มเติม: (เลือกหนึ่งช่อง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ประคับประคองชีวิตและ/หรือระบบทำความร้อนหรือทำความเย็นเป็นเวลาประมาณ: (เลือกหนึ่งช่อง)

☐ จำนวนปี: _____ หรือ ☐ ถาวร

ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่อยู่สำนักงาน _____

เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขใบประกอบวิชาชีพแพทย์ของรัฐหรือใบอนุญาตทหาร _____

ลงนาม _____ วันที่ _____

*แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตบุคคลที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย Osteopathic Initiative Act พยาบาลเวชปฏิบัติหรือผู้ช่วยแพทย์อาจรับรองว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติเหมาะสมเนื่องจากมีภาวะหรืออาการป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

หมายเลขบัญชีลูกค้า PG&E (เหมือนกับหน้า 1)

ส่งใบสมัครไปที่:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

หรือ

สมัครออนไลน์: pge.com/medicalbaseline

"PG&E" หมายถึง Pacific Gas and Electric Company ซึ่งเป็นบริษัทลูกของ PG&E Corporation ©2024 Pacific Gas and Electric Company สงวนลิขสิทธิ์ ข้อเสนอเหล่านี้ได้รับทุนจากลูกค้าของระบบสาธารณูปโภคในรัฐแคลิฟอร์เนียและบริหารจัดการโดย PG&E ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการสาธารณูปโภคของรัฐแคลิฟอร์เนีย

62-3481-B มกราคม 2024 CCC-0224-7267