



Yêu cầu tự xác nhận của Medical Baseline Program

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 có chính xác phương thức liên hệ ưu tiên của quý vị để chúng tôi có thể liên hệ với quý vị. Vui lòng đảm bảo là PG&E có 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 điện. 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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**.
- 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.
- 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 at 1-800-743-5000.** Quý vị có thể tìm thêm thông tin về Medical Baseline program tại địa chỉ **pge.com/medicalbaseline**.

Quý vị có thể tự chứng nhận tại địa chỉ **pge.com/selfcertify**. Nếu quý vị đăng ký cho người cư trú mới có bệnh trạng, vui lòng đăng ký tại địa chỉ **pge.com/medicalbaseline**. Quý vị có thể gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện tới địa chỉ: **PG&E Billing Center Medical Baseline, P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208**

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 hoặc vẫn 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

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**.