

Chương trình này cung cấp thêm khí đốt tự nhiên ở mức giá thấp nhất cho khách hàng có một số bệnh trạng nhất định để giúp giữ ấm ngôi nhà của họ. Đây không phải là khoản giảm giá hoặc hồi phí. Khách hàng tham gia chương trình này nhận được thêm 0,822 therm mỗi ngày mà được thanh toán ở mức thấp nhất.

Làm thế nào để đủ điều kiện

Để hội đủ điều kiện, quý vị hoặc một người sống toàn thời gian trong nhà của quý vị phải cần được sưởi ấm thêm vì một bệnh trạng nào đó. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình ngay cả khi quý vị phải trả tiền khí đốt tự nhiên cho chủ nhà. Chủ nhà sẽ ghi định mức trên bảng kê hóa đơn của quý vị.

Tiêu chuẩn hội đủ điều kiện KHÔNG dựa trên lợi tức.

Đăng ghi danh

Ghi danh trực tuyến tại: socalgas.com/Medical

HAY

Bước 1 Quý vị cần hoàn thành **Phần 1** của đơn ghi danh này.

Bước 2 Tiếp theo, nhờ nhà cung cấp dịch vụ y tế điền đầy đủ **Phần 2** của đơn, xác nhận nhu cầu cần sưởi ấm thêm vì có bệnh trạng này. Các nhà cung cấp dịch vụ y tế được chấp nhận bao gồm:

- » Bác sĩ y khoa [MD]
- » Bác sĩ nắn xương [DO]
- » Y tá hành nghề [NP]
- » Trợ lý bác sĩ [PA]

Bước 3 Gửi đơn ghi danh đã hoàn thành bằng cách:
Email: MedicalBaselineProgram@socalgas.com

Thư: SoCalGas Medical Baseline Allowance
Program, M. L. GT19A1
P.O. Box 513249
Los Angeles, CA 90051-1249

Fax: 213-244-4665

Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ thấy khoản trợ cấp trên hóa đơn của mình. Vui lòng chờ hết một kỳ hóa đơn để thấy thay đổi này.

Để biết thêm thông tin

Vui lòng truy cập **socalgas.com/Medical** hoặc gọi 1-800-427-2200.

Para una solicitud de Asignación Médica Inicial en español, por favor llame al 1-800-342-4545.

欲知詳情，請洽免費粵語專線: 1-800-427-1420

더 자세한 안내를 받으시려면 다음 한국어 전화로 문의해 주십시오:
1-800-427-0471

欲知詳情，請洽免費國語專線: 1-800-427-1429

Để biết thêm chi tiết bằng tiếng Việt, xin gọi:
1-800-427-0478

Vui lòng giữ một bản chụp đơn đã điền đầy đủ để lưu vào hồ sơ của quý vị.

(Xin ghi ra)

Số Tài khoản Khách hàng SoCalGas:

Tên Khách Hàng (như ghi trên hóa đơn của quý vị):

Tên của Cư dân có Tình trạng Y tế (nếu khác):

Địa Chỉ Dịch Vụ:

Số Căn hộ/Chỗ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Địa Chỉ Nhận Thư của Khách Hàng (nếu khác):

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện thoại nhà hoặc di động:

Địa chỉ email:

Đối với khách hàng nhận hóa đơn không phải của SoCalGas:

Tên của Khu Căn Hộ hoặc Khu Nhà Mobile:

Địa Chỉ Khu Nhà:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Tên người quản lý phức hợp:

Số Điện Thoại Khu Nhà:

Tên Người Thuê Nhà:

Số Điện Thoại Người Thuê Nhà:

Tôi hiểu rằng:

- » Nếu nhà cung cấp dịch vụ y tế xác nhận rằng bệnh trạng của cư dân là vĩnh viễn, SoCalGas sẽ yêu cầu người đó điền đơn tự xác nhận rằng mình tiếp tục đủ điều kiện nhận Định mức Y tế Căn bản **mỗi bốn năm**.
- » Nếu nhà cung cấp dịch vụ y tế chứng nhận rằng tình trạng y tế của cư dân này không phải là vĩnh viễn, SoCalGas sẽ yêu cầu quý vị hoàn thành đơn ghi danh mới có chứng nhận của nhà cung cấp dịch vụ y tế **mỗi hai năm**.
- » Nếu cư dân bị khuyết tật về thị lực, họ có thể liên lạc với SoCalGas để yêu cầu được thông báo về thời điểm phải gửi biểu mẫu tái chứng nhận hoặc tự chứng nhận.
- » SoCalGas không thể đảm bảo dịch vụ gas tự nhiên không bị gián đoạn và cư dân có trách nhiệm chuẩn bị các biện pháp thay thế trong trường hợp gas tự nhiên bị ngắt.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác. Tôi cũng xác nhận cư dân nhận Định Mức Y Tế Căn Bản sống toàn thời gian tại địa chỉ này, và cần có hoặc tiếp tục cần có Định Mức Y Tế Căn Bản. Tôi đồng ý cho SoCalGas xác minh thông tin này. **Tôi cũng đồng ý thông báo ngay cho SoCalGas nếu cư dân đủ điều kiện này chuyển đi hoặc không còn cần đến Định mức Y tế Căn bản nữa.**

Chữ ký của khách hàng _____ **Ngày** _____

GHI CHÚ: Định mức y tế căn bản tiêu chuẩn là 0.822 therm cho khí tự nhiên mỗi ngày, ngoài định mức căn bản tiêu chuẩn hàng ngày của quý vị. Nếu khoản trợ cấp này không đáp ứng được nhu cầu y tế của quý vị, vui lòng liên lạc với SoCalGas theo số **1-800-427-2200** để bàn bạc về khoản cần thêm. Khách hàng khiếm thính không thể sử dụng điện thoại thường có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí **1-800-252-0259** (chỉ có sẵn bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha).

(Xin ghi ra)

Bác sĩ y khoa [MD] | Bác sĩ nắn xương [DO] | Y tá hành nghề [NP] |
Trợ lý bác sĩ [PA]

Tôi xác nhận rằng tình trạng y tế và nhu cầu của bệnh nhân của tôi:

1. Yêu cầu được sưởi ấm

Trợ cấp Y tế Cơ bản Tiêu chuẩn được cung cấp để sưởi ấm nếu bệnh nhân bị liệt, liệt tứ chi, liệt nửa người, mắc bệnh đa xơ cứng, xơ cứng bì hoặc có hệ thống miễn dịch bị tổn hại, bệnh đe dọa đến tính mạng hoặc bất kỳ tình trạng nào khác mà **việc sưởi ấm thêm là cần thiết về mặt y tế để duy trì sự sống của người đó hoặc ngăn chặn tình trạng bệnh lý của người đó xấu đi.**

Việc sưởi ấm bổ sung là cần thiết về mặt y tế: (chọn một) ☐ Có ☐ Không

Tôi xác nhận rằng sẽ cần sưởi ấm thêm trong khoảng:

(chọn một) ☐ Số năm _____ hoặc ☐ Vĩnh viễn

2. Yêu cầu sử dụng Thiết bị hỗ trợ sự sống

(Chọn một) ☐ Có ☐ Không

(Các) thiết bị hỗ trợ sự sống sau đây được sử dụng tại nhà của bệnh nhân:

Máy: ☐ Điện ☐ Gas tự nhiên

Máy: ☐ Điện ☐ Gas tự nhiên

*Máy trợ sinh đủ tiêu chuẩn là bất kỳ máy nào sử dụng các phương tiện cơ học hoặc nhân tạo để duy trì, khôi phục hoặc thay thế một chức năng quan trọng. Phải là máy dùng gas tự nhiên được cung cấp bởi SoCalGas.

Các thiết bị dùng để trị liệu, chẳng hạn như hồ bơi và spa, không đủ điều kiện.

Họ của Bệnh Nhân:

Tên của bệnh nhân:

Tên của Bác Sĩ Chăm Sóc:

Số điện thoại:

Địa Chỉ Văn Phòng:

Thành phố:

Tiểu bang:

ZIP:

Số Giấy Phép do Tiểu Bang Cấp hoặc Giấy Phép Quân Sự:

X

Chữ Ký của Bác Sĩ Chăm Sóc

Ngày

Gửi Phần 1 & 2 cho SoCalGas:

Email: MedicalBaselineProgram@socalgas.com

Thư: Chương trình Trợ cấp Y tế Cơ bản của SoCalGas
M. L. GT19A1
P.O. Box 513249
Los Angeles, CA 90051-1249

Fax: 213-244-4665