



Aplikasyon sa Pag-enroll at Recertification

Para sa Medical Baseline

Ang San Diego Gas & Electric® (SDG&E®) ay dedikado sa pagbibigay ng ligtas at maaasahang kuryente sa mga taong umaasa sa kagamitang pangsuporta sa buhay o mga espesyal na kondisyon sa kapaligiran. Ang Programang Medical Baseline Allowance ay tumutulong sa mga customer na makatipid bawat buwan sa kanilang singil sa kuryente.

Ano ang Programang Medical Baseline Allowance?

Ang Programang Medical Baseline Allowance ay nagbibigay ng karagdagang dami ng gas at kuryente sa pinakamababang singil para sa mga pantahananang customer. Ito ay hindi isang diskwento o rebate. Dagdag pa sa inyong karaniwang inilaan na pinakamababang halaga (baseline), ang natatanggap na allowance sa programa ay 16.5 kWh ng kuryente kada araw o 0.822 therms ng natural na gas kada araw, o pareho.

Ano ang kwalipikado bilang suporta sa buhay?

Ang isang kwalipikadong aparato para sa suporta sa buhay ay anumang aparato na pang-medikal na ginamit upang mapanatili ang buhay o maaasahan sa kadaliang kumilos. Dapat umandar ang aparato na ito sa gas o kuryente na ibinibigay ng SDG&E o isang Community Choice Aggregator. Kabilang dito, ngunit hindi limitado sa, mga respirator (oxygen concentrators), iron lungs, mga hemodialysis machine, suction machine, electric nerve stimulators, mga pressure pad at pump, mga aerosol tent, mga electrostatic at ultrasonic nebulizer, mga compressor, mga IPPB machine, mga kidney dialysis machine at mga de-motor na wheelchair.

Hindi kwalipikado ang mga device na ginagamit para sa therapy kaysa sa suporta sa buhay.

Sino ang kwalipikado?

Ang sinuman na may kwalipikadong medikal na pangangailangan ay maaaring mag-apply para sa allowance. Maaari ka ring mag-apply kahit na binayaran mo ang iyong kuryente sa pamamagitan ng iyong kasero o may-ari ng ari-arian. Kung ibibigay ng iyong kasero o may-ari ng ari-arian ang iyong singil sa kuryente, ang singil na iyon ay magkakaroon ng karagdagang allowance.

MAHALAGA: MGA INSTRUKSYON SA FORM

Mangyaring basahin nang mabuti ang lahat ng tanong sa susunod na pahina bago sumagot. Ang hindi kumpleto o kulang na impormasyon ay pipigil na isaalang-alang ang aplikasyon. Para maproseso ang aplikasyon, **ANG MGA SAGOT AY DAPAT MALINAW NA I-PRINT AT SA LOOB ng bawat kahon ng sagot at ang aplikasyon ay DAPAT PIRMAHAN.** Gumamit ng itim o dark na asul na panulat o itim na lapis. Ganap na burahin o lagyan ng white-out ang anumang mga pagkakamali. Hindi mababasa ang mga naka-cross-out na sagot. **Mangyaring magtabi ng kumpletong kopya ng aplikasyon para sa mga talaan mo.**

MGA TUNTUNIN AT KUNDISYON

Sa pamamagitan ng pag-pirma sa susunod na pahina, naiintindihan mo na:

1. Kung ang pinatunayan ng isang lisensiyadong Medical Practitioner* na ang kondisyong medikal ng residente ay **permanente**, kakailanganin ng SDG&E ng pagkumpleto ng isang form na nagpapatunay sa sarili ng patuloy na pagiging kwalipikado ng residente para sa Medical Baseline Allowance tuwing **apat na taon**.
2. Kung ang pinatunayan ng lisensiyadong Medical Practitioner* na ang kondisyong medikal ng residente ay **hindi permanente**, kakailanganin ng SDG&E ng pagkumpleto ng aplikasyon sa pag-renew na may sertipikasyon ng isang lisensiyadong Medical Practitioner tuwing **dalawang taon**.
3. Kung ang residente ay may kapansanan sa paningin, maaari kang makipag-ugnayan sa SDG&E upang humiling ng espesyal na abiso kapag ang alinman sa isang self-certification form o renewal application na may certification form ng lisensiyadong Medical Practitioner ay ipinadala sa koreo.
4. Hindi magagarantiya ng SDG&E ang walang patid na serbisyo ng gas at kuryente at ikaw ang may pananagutan sa paggawa ng mga alternatibong pagsasaayos kung sakaling magkaroon ng pagkawala ng gas o kuryente.

Pinapahintulutan mo ang SDG&E na ibahagi ang iyong impormasyon tungkol sa iyong pakikilahok sa Medical Baseline Allowance Program ng SDG&E, kasama, nang walang limitasyon, ang iyong pangalan, address, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, data ng circuit, katayuan sa pagpapatala ng Medical Baseline Allowance Program at mga pangangailangan sa medikal na kagamitan tulad ng inilarawan sa form na ito kung hiniling ng mga propesyonal at ahensya ng mga serbisyon pang-emergency sa antas ng lungsod, county, estado at pederal para sa mga layunin ng pamamahala ng mga de-energization at upang payagan ang mga naturang partido na magplano at pamahalaan ang mga sitwasyong pang-emergency.

Impormasyon sa pagkontak ng customer

Para sa iyong kaligtasan, mahalaga na mayroon kami nang wastong impormasyon sa pagkontak sa inyo sa kaso ng pagkawala ng kuryente o emerhensiya. Upang suriin o i-update ang iyong impormasyon sa pagkontak, mag-log in sa **MyEnergyCenter.com** (sa home page, mag-click sa pangalan ng iyong profile sa kanang sulok sa itaas at pagkatapos ay i-click ang "Aking Profile") o tumawag sa **1-800-411-7343**.

Habang ginagawa namin ang aming makakaya upang maiwasan ang mga pagkawala ng kuryente, hindi namin magagarantiya na palaging may kuryente. Ang mga pagkawala ng kuryente ay nangyayari. Susubukan ng SDG&E na abisuhan ang pasyente nang maaga tungkol sa isang pagkawala ng kuryente na pinangungunahan ng estado. **Gayunpaman, kung ang pasyente ay nangangailangan ng kagamitan na pangsuporta sa buhay, dapat siyang gumawa ng mga kaayusan para sa isang backup na suplay ng kuryente sakaling magkaroon ng pagkawala ng kuryente.**

Makipag-ugnayan sa amin - TDD/TTY

Kung nais ninyo ng higit pang impormasyon sa Programang Medical Baseline Allowance o anumang mga serbisyo na aming iniaalok, makipag-ugnayan sa SDG&E sa **1-800-411-7343** o sa email sa medicalbaseline@sdge.com. Maaari mo rin kaming bisitahin sa sdge.com/medicalbaseline. Para sa mga taong may kapansanan sa pandinig, ang SDG&E ay nag-aalok ng TDD/TTY sa **1-877-889-7343**.

I-mail ang nakumpletong aplikasyon sa:

Medical Baseline Allowance Program
San Diego Gas & Electric
P.O. Box 129831
San Diego, CA 92112-9831

Matuto pa tungkol sa mga ibang programa at mga serbisyo sa sdge.com/assistance.

Aplikasyon sa Pag-enroll at Recertification

Para sa Medical Baseline

I-PRINT ANG MGA SAGOT NANG MALINAW, MAITIM AT SA LOOB NG BAWAT KAHON NG SAGOT. Ang pagkabigong gawin ito ay maaaring magdulot ng mga error sa aplikasyon. Ganap na burahin o lagyan ng white-out ang anumang mga pagkakamali. I-mail pabalik ang form na ito sa address na naka-print sa ibaba ng pahinang ito. **Hindi tatanggapin ang mga photocopy.**

BAHAGI 1 - KUKUMPLETUHIN NG CUSTOMER (paki-print)

Numero ng Account:										Mangyaring ibigay ang unang 12 digit na naka-print sa bill (kabilang ang anumang nangungunang mga 0)									
Pangalan ng May-ari ng Account: O pangalan ng aplikante, kung hindi sinisingil ng SDG&E										Apelyido ng May-ari ng Account: O pangalan ng aplikante, kung hindi sinisingil ng SDG&E									
Pangalan ng Pasyente: Kung iba sa itaas										Apelyido ng Pasyente: Kung iba sa itaas									
Kung hindi sinisingil sa SDG&E, ibigay ang pangalan ng mobile home o apartment complex:																			
Pakibigay ang address kung saan mo natatanggap ang iyong serbisyo sa kuryente at/o gas para sa ibaba. Kung sinisingil ka ng ibang tao maliban sa SDG&E, mangyaring ibigay ang address ng iyong mobile home o apartment complex sa ibaba.																			
Address ng Serbisyo:												Unit:		Lungsod:					
Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay tama at ang residente ng Medical Baseline ay naninirahan nang full-time sa address na ito at nangangailangan o patuloy na nangangailangan ng Medical Baseline Allowance. Sumasang-ayon ako na payagan ang SDG&E na i-verify ang impormasyong ito at agad na abisuhan ang SDG&E kung ang kwalipikadong residente ay lumipat o hindi na nangangailangan ng Medical Baseline Allowance. Sa pagpirma sa ibaba, kinikilala at sinasang-ayunan ko rin ang mga karagdagang tuntunin at kundisyon na nakalista sa unang pahina ng form na ito.																			
Pirma ng Customer:															Petsa:				

PART 2 - TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER*

*A licensed Medical Doctor (M.D.), Doctor of Osteopathy (D.O.), Nurse Practitioner or Physician Assistant may certify a patient's eligibility.

Licensed Practitioner Name:											Medical License Number:												
Office Address:											Phone Number:				-				-				

Please print **YES** inside the box for all electric-operated devices required for the patient. Leave box **blank** for any devices inapplicable to the patient.

DO NOT PUT ANY CHECKMARKS OR X'S INSIDE THE BOXES.

Apnea Monitor	Air Mattress or Hospital Bed	Compressors	Cough Assist Vest	Defibrillator
Electric Nebulizer	Electric Nerve Simulator	Feed Pump	Hemodialysis Machine	Infusion Pumps
IPPB Machines	Kidney Dialysis	Motorized Wheelchair	Oxygen Concentrator (OC)	Pacemaker Monitor
Pressure Pads	Pressure Pumps	Respirator	Suction Machine	Ultrasonic Nebulizer
Other Electronic Devices:				

Please clearly print **YES** or **NO** for all the questions below.

Are any of the devices above required for life support?	Can the patient survive more than 2 hours without using life support equipment?
Is additional heating necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition?	
Is additional cooling necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition?	
Are any of the medical devices above and/or additional heating or cooling required for the patient permanently?	

I CERTIFY THE MEDICAL CONDITION AND NEED OF MY PATIENT. By typing your name below, you are signing this application electronically. You agree that your electronic signature is the legal equivalent of your manual signature on this application. Medical license and signature must match medical provider name.

Signature of Licensed Practitioner*	Date:
-------------------------------------	-------