



# 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

ชื่อบ้านเคลื่อนที่หรือคอมพิวเตอร์เมน

ที่อยู่ของพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้จัดการพาร์ตเมนต์ หมายเลขโทรศัพท์ของพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้อยู่อาศัย หมายเลขโทรศัพท์ของผู้อยู่อาศัย

## ขั้นตอนที่ 3 ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อในกรณีที่ไฟฟ้าดับหรือการสื่อสารเกี่ยวกับโปรแกรม Medical Baseline อื่น ๆ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

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

ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์มือถือสำหรับส่งข้อความ: \_\_\_\_\_

อีเมล: \_\_\_\_\_

ข้อมูลติดต่อสำหรับลูกค้าที่สูญเสียการได้ยิน/มีความบกพร่องทางการได้ยินโดยใช้ TTY ที่หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_  
TTY เป็นอุปกรณ์โทรคมนาคมเฉพาะสำหรับผู้สูญเสียการได้ยินและมีความบกพร่องทางการได้ยิน

## ข้าพเจ้าเข้าใจและตกลงว่า:

1. หากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่คุณสมมติเหมาะสมรับรองว่าภาวะทางการแพทย์ของผู้อาศัยเป็นอาการถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกแบบฟอร์มทั้งสองปีเพื่อรับรองตนเองว่าผู้อาศัยยังคงมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรม Medical Baseline
2. หากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมรับรองว่าโรคประจำตัวของผู้อาศัยไม่ใช่โรคที่เป็นถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกใบสมัครใหม่พร้อมทั้งมีใบรับรองจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งสองปี
3. ลูกค้าที่พิการทางสายตาหรือสายตาวามัวสามารถติดต่อ 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<sup>®</sup> Home Upgrade โปรแกรม Energy Savings Assistance สำหรับลูกค้าที่มีรายได้ตามเกณฑ์จะให้ความช่วยเหลือโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [pge.com/saveenergy](http://pge.com/saveenergy).
7. PG&E อาจเปิดเผยข้อมูลติดต่อของข้าพเจ้ากับองค์กรต่าง ๆ เช่น หน่วยงานรับมือเหตุฉุกเฉินของรัฐและท้องถิ่นเพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ PG&E และข้าพเจ้าเป็นการส่วนตัวในระหว่างที่ไฟฟ้าดับเป็นระยะเวลานาน เพื่อดูแลความปลอดภัยและความปลอดภัยของข้าพเจ้า
8. หากคุณอยู่ในอัตราที่มีสิทธิ์ตามเกณฑ์พื้นฐาน คุณอาจได้รับแก๊สเพิ่มอีกวันละ 0.82192 Therms และ/หรือไฟฟ้า 16.438 กิโลวัตต์ชั่วโมงในราคาพื้นฐานตามอัตราปัจจุบันของคุณเพื่อรองรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่คุณสมมติตามที่กำหนด 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](http://pge.com/medicalbaseline).

## ขั้นตอนที่ 4 ลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้อยู่อาศัยใน Medical Baseline อาศัยอยู่ตลอดเวลาและจำเป็นต้องเข้าร่วมใน Medical Baseline Program ข้าพเจ้านุญาตให้ PG&E ตรวจสอบข้อมูลนี้ และข้าพเจ้ายังตกลงที่จะแจ้งให้ PG&E ทราบในทันทีว่าผู้อาศัยที่มีสิทธิ์ได้ย้ายที่อยู่หรือผู้อาศัยไม่มีความจำเป็นต้องเข้าร่วมในโปรแกรม Medical Baseline อีกต่อไป

ลงนาม

ลายมือชื่อของลูกค้า

วันที่

เอกสารอัตโนมัติ, คำชี้แจงเบื้องต้น, ส่วน A

คุณสามารถสมัครออนไลน์ได้ที่ [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline)



# ใบสมัครเข้าร่วม Medical Baseline Program—ส่วน B (กรอกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม\*)

การรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับการลงทะเบียนและการรับรองของโปรแกรม Medical Baseline

## ขั้นตอนที่ 5 กรอกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

ข้าพเจ้าขอรับรองภาวะทางการแพทย์และความจำเป็นของผู้ป่วยของข้าพเจ้า: (ตัวบรรจง)

นามสกุลของผู้ป่วย \_\_\_\_\_ ชื่อของผู้ป่วย \_\_\_\_\_

1ก. ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (เลือกหนึ่งช่อง)  ใช่  ไม่ใช่

1ข. จำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิต (เลือกหนึ่งช่อง)  ใช่  ไม่ใช่

ผู้ป่วยที่มีชื่อตามที่อยู่ข้างต้นได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิตต่อไปนี้:

เครื่องมือแพทย์: \_\_\_\_\_  ไฟฟ้า  แก๊ส

เครื่องมือแพทย์: \_\_\_\_\_  ไฟฟ้า  แก๊ส

เครื่องมือแพทย์: \_\_\_\_\_  ไฟฟ้า  แก๊ส

\*เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิตที่เป็นไปตามเกณฑ์คือเครื่องมือแพทย์ใด ๆ ที่ใช้เพื่อช่วยชีวิตหรือพึ่งพาในการเคลื่อนไหว เครื่องมือนี้จะต้องใช้แก๊สหรือไฟฟ้าที่ให้บริการโดย PG&E ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงเครื่องช่วยหายใจ (เครื่องผลิตออกซิเจน), ปอดเหล็ก, เครื่องไตเทียม, เครื่องดูดเสมหะ, เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า, แผ่นแรงดันและบีบ, กลองมือกันเชื้อฟุ้งกระจาย, เครื่องพ่นละอองยาแบบไฟฟ้าสถิตและระบบอัลตราโซนิค, คอมเพรสเซอร์, เครื่อง IPPB, เครื่องฟอกไตและรถเข็นผู้ป่วยไฟฟ้า เครื่องมือแพทย์สำหรับการรักษาที่ไม่ใช่สำหรับการใช้เพื่อระดับประคองชีวิตจะไม่มีสิทธิ์

### 2. จำเป็นต้องใช้ระบบทำความร้อนและ/หรือทำความเย็น:

Medical Baseline มีเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายมาตรฐานสำหรับระบบทำความร้อนและ/หรือทำความเย็น หากผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งล่าง อัมพาตที่แขนและขา อัมพาตครึ่งซีก เป็นโรคหลอดเลือดสมองเส้นแข็งหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ Medical Baseline ยังมีเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายมาตรฐานหากผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาการป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออาการอื่นใดที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องมีระบบทำความร้อนหรือทำความเย็นเพิ่มเติมเพื่อระดับประคองชีวิตของผู้ป่วยหรือป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางการแพทย์ที่แยกลง

มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องมี ระบบทำความร้อน เพิ่มเติม: (เลือกหนึ่งช่อง)  ใช่  ไม่ใช่

มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องมี ระบบทำความเย็น เพิ่มเติม: (เลือกหนึ่งช่อง)  ใช่  ไม่ใช่

### 3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิตและ/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](http://pge.com/medicalbaseline)