Pedido de Autocertificação do 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. 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**.
6. 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.
7. 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**.

Pode autocertificar-se em **pge.com/selfcertify**. Se está a candidatar-se a um novo residente com condição médica, candidate-se em **pge.com/medicalbaseline**. Pode enviar a sua candidatura em papel para: **PG&E Billing Center Medical Baseline,** P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208.

PASSO 4 Assinatura

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

ASSINATURA

ASSINATURA DO CLIENTE

DATA

Documento automatizado, declaração preliminar, parte A

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.**

"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.

61-0502 janeiro de 2024 CCC-0224-7265