

## مرحله 1

اطلاعات حساب و مشتری (با حروف بزرگ غیرشکسته)

نام خانوادگی مشتری (طبق آنچه در صورت حساب PG&E درج می‌شود)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره حساب مشتری PG&E

نام و نام خانوادگی ساکن دارای مشکل پزشکی (مشتری یا ساکن تماچوقت در نشانی سرویس)

نشانی سرویس

شماره آپارتمان

کدپستی

ایالت

شهر

شماره آپارتمان

کدپستی

ایالت

شهر

شماره تلفن همراه مشتری

شماره تلفن منزل مشتری

ایمیل مشتری

1. اگر پزشک واجد شرایط گواهی کند که مشکل پزشکی فرد ساکن دائمی است، PG&E فرد ساکن را ملزم خواهد کرد که هر چهار سال یک بار با پر کردن فرمی گواهی کند که همچنان از شرایط استفاده از برنامه Medical Baseline برخوردار است.

2. اگر پزشک واجد شرایط گواهی کند که مشکل پزشکی فرد ساکن دائمی نیست، PG&E تکمیل یک درخواست جدید حاوی گواهی پزشک مجاز در هر دو سال را الزامی می‌داند.

3. مشتریانی که نابینا هستند یا بینایی ضعیفی دارند، می‌توانند از طریق شماره 1-800-743-5000 با PG&E تماس بگیرند و درخواست کنند که در موعد ارسال اعلان‌ها برای گواهی، اعلان‌ها در قالب‌های جایگزین به دست آنها برسد.

4. PG&E نمی‌تواند وصل بودن بدون وقفه سرویس گاز و برق را تضمین کند. در صورت قطع شدن گاز یا برق، خود من باید امکانات لازم جایگزین را فراهم کنم.

5. هم قسمت A و هم قسمت B این فرم باید پر شود و به صورت آنلاین یا از طریق پست به PG&E ارسال شود تا PG&E بتواند درخواست‌نامه را پردازش کند.

6. مشتریان همچنین می‌توانند از برنامه‌های صرفه‌جویی در انرژی مانند Energy Upgrade California® Home Upgrade استفاده کنند. خدمات برنامه کمی صرفه‌جویی در انرژی ویژه مشتریان دارای صلاحیت درآمدی، به صورت رایگان ارائه می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به زیر مراجعه کنید [pge.com/saveenergy](http://pge.com/saveenergy)

7. PG&E می‌تواند اطلاعات تماس من را در اختیار سازمان‌هایی مانند نهادهای واکنش اولیه اضطراری ایالتی و محلی قرار دهد، تا آنها بتوانند در بازه خاموشی بلندمدت به PG&E و من شخصاً کمک رسانی کنند و ایمنی و سلامت من را حفظ نمایند.

8. اگر یک نرخ برق پایه واجد شرایط دارید، ممکن است روزانه 0.82192 واحد گرمایی و یا 16.438 کیلووات ساعت برق با قیمت نرخ پایه فعلی‌تان دریافت کنید تا بتوانید نیازهای دستگاه‌های پزشکی واجد شرایط خودتان را تأمین کنید. اگر یک نرخ برق بدون پایه دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت تخفیف 12% پزشکی ثابت باشید. اگر سهمیه Medical Baseline نیازهای انرژی پزشکی شما را برآورده نمی‌کند، لطفاً از طریق شماره 1-800-743-5000 با PG&E تماس بگیرید. اطلاعات بیشتر درباره برنامه Medical Baseline را می‌توانید در زیر ببینید [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline)

## مرحله 2

برای مشتریانی که صورت حساب آنها از سوی فردی غیر از PG&E صادر می‌شود

نام خانه سیمار یا مجتمع آپارتمانی

نشانی مجتمع

شماره تلفن مجتمع

نام مدیر مجتمع

شماره تلفن مستاجر

نام مستاجر

## مرحله 3

ترجیحات تماس مربوط به خاموشی یا دیگر ارتباطات مربوط به Medical Baseline (همه موارد مرتبط را علامت بزنید.)

لطفاً ترجیحات تماس را به‌روستی در اختیار PG&E قرار دهید تا بتوانیم پیش از قطع برق عمومی برنامه‌ریزی شده با هدف حفظ ایمنی (PSPS) یا موقعیت‌های دیگری که ممکن است منجر به خاموشی شود، با شما تماس بگیریم. در شرایط خاص، ممکن است برای شما نامه نیز بفرستیم. همه روش‌های تماس در صورت بروز رویداد PSPS به کار گرفته می‌شود.

ترجیحات تماس

شماره تلفن:

شماره همراه برای پیامک:

ایمیل:

شماره تلفن TTY ویژه مشتریان ناشنوا/کم‌شنوا:

TTY دستگاه ارتباطی تخصصی ویژه ناشنویان و کم‌شنویان است.

## مرحله 4

امضاء

من درستی اطلاعات بالا را گواهی می‌کنم. همچنین گواهی می‌کنم که فرد ساکن Medical Baseline به صورت تماچوقت در این نشانی زندگی می‌کند و به خدمات Medical Baseline Program نیاز دارد. به PG&E اجازه می‌دهم که این اطلاعات را تایید کند. همچنین می‌پذیرم که در صورت جابجا شدن فرد ساکن یا بی‌نیاز شدن فرد ساکن از برنامه Medical Baseline، موضوع را بلافاصله به PG&E اطلاع دهم.

امضاء

امضای مشتری

تاریخ

مرحله 5 بلید با وسیله پزشک مجز پر شود

من وضعیت جسمی و نیازهای بیمارم را گواهی می‌کنم: [با حروف بزرگ غیر شگسته]

نام بیمار

نام خانوادگی بیمار

1a. بیمار تحت مراقبت آسایشگاهی درون-منزل است (یکی را علامت بزنید).  بله  خیر

1b. به وسیله (وسایل) کمی زندگی نیاز دارد (یکی را علامت بزنید).  بله  خیر

وسيله (وسایل) کمی زندگی زیر در محل سکونت بیمار مذکور استفاده می‌شود:

وسيله: \_\_\_\_\_  برق  گاز

وسيله: \_\_\_\_\_  برق  گاز

وسيله: \_\_\_\_\_  برق  گاز

\* وسیله کمی زندگی دارای صلاحیت به هر وسیله پزشکی گفته می‌شود که برای حفظ جان یا امکان جابجایی مصرف می‌شود. این وسیله باید با برق یا گازی که از سوی PG&E تامین می‌شود، کار کند. این شامل (و نه محدود به) دستگاه کمی تنفس (متراکم کننده اکسیژن)، ریه آهنی، دستگاه همدیالیز، دستگاه مکش، محرک برقی اعصاب، پد و پمپ فشار، چادر آنزوسول، نیولایزر الکتروستاتیکی و اولتراسوند، کمپرسور، دستگاه IPPB، دستگاه دیالیز کلیه و صندلی چرخدار برقی می‌شود. دستگاه‌هایی که برای درمان، و نه کمک برای زندگی، به کار گرفته می‌شوند، واجد شرایط نیستند.

2. به گرمایش و یا سرمایش نیاز دارد:

Medical Baseline allowances استاندارد برای گرمایش و/یا سرمایش ارائه می‌شود، به شرطی که بیمار دچار فلج پاها، فلج کامل، فلج یکطرفه، فلج چندگانه یا سخت‌پوستی باشد. اگر بیمار دارای سیستم ایمنی ضعیف است، به بیماری مهلک مبتلا است، یا هر شرایط دیگری دارد که با توجه به آن برای حفظ جان بیمار یا جلوگیری از وخامت وضعیت پزشکی بیمار، گرمایش یا سرمایش اضافی ضرورت پزشکی دارد، کمک هزینه استاندارد Medical Baseline نیز در دسترس خواهد بود.

گرمایش اضافی ضرورت پزشکی دارد: (یکی را علامت بزنید).  بله  خیر

سرمایش اضافی ضرورت پزشکی دارد: (یکی را علامت بزنید).  بله  خیر

3. گواهی می‌کنم که وسیله (وسایل) کمی زندگی و/یا گرمایش یا سرمایش اضافی به مدت تقریبی زیر ضروری هستند: (یکی را انتخاب کنید).

تعداد سال: \_\_\_\_\_ یا  به صورت دائم

شماره تلفن

نام پزشک

نشانی دفتر

کدپستی

ایالت

شهر

شماره گواهی پزشکی ایالتی یا گواهی نظامی

تاریخ

امضاء

\*پزشک مجاز، فرد دارای مجوز طبق قانون برنامه آسیب‌شناسی استخوان و عضله، کارور پرستاری یا دستیار پزشک می‌توانند صلاحیت بیمار و ابتلای بیمار به بیماری یا وضعیت خطرناک را گواهی کنند.

درخواستنامه را به این نشانی پست کنید:

PG&E Billing Center Medical Baseline  
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

یا

تقاضای آنلاین: [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره حساب مشتری PG&E (مشابه صفحه 1)

سند خودکار، بیابیه مقدماتی، قسمت A