



Medical Baseline Programへの申し込みーパートA (お客様記入用)

Medical Baseline Programの加入および再証明

ステップ1 アカウントおよびお客様情報 (ブロック体でご記入ください。)

PG&Eお客様アカウント番号

お客様の姓名 (PG&Eの請求書に記載される通り)

病状のある居住者の姓名
(ご利用先住所のお客様または常住者)

ご利用先住所 アパート番号

市 州 郵便番号

お客様の郵送先住所 (ご利用先住所と異なる場合) アパート番号

市 州 郵便番号

お客様の自宅電話番号 お客様の携帯電話番号

お客様のEメールアドレス

ステップ2 PG&E以外から請求を受けるお客様について

集合住宅 (モービルホーム/アパート) の名称

集合住宅の住所

集合住宅の管理者名 集合住宅の電話番号

入居者名 入居者の電話番号

ステップ3 停電またはMedical Baselineについてお伝えする時の連絡方法 (ご希望の選択肢をすべて選択)

公共の安全のための計画停電 (Public Safety Power Shutoff (PSPS)) やその他の停電につながる状況がある場合に事前にご連絡できるよう、PG&Eにお客様がご希望する連絡方法を必ずお知らせください。状況によっては郵送で連絡することもあります。以下のすべての方法でPSPS時にご連絡します。

ご希望の連絡方法

電話番号: _____

テキスト送信・携帯番号: _____

Eメールアドレス: _____

聴覚障がい者/難聴者向けテキスト電話 (TTY) 用の電話番号: _____

TTYは、聴覚障がい者や難聴者のコミュニケーションを可能にする特別な通信装置です。

私は以下の内容を理解し同意します。

1. 有資格の医療従事者によって居住者の病状が永続的であると証明された場合は、4年ごとに、その居住者のMedical Baseline Program継続資格を確認する自己証明書を作成し、PG&Eに提出する必要があります。
2. 有資格の医療従事者によって住居者の病状が永続的ではないと証明された場合は、2年ごとに、有資格の医療従事者による証明を得た新たな申請書を作成し、PG&Eに提出する必要があります。
3. 全盲または視力障がいをお持ちのお客様は、PG&E (1-800-743-5000) に連絡して、特別な形式で証明の通知を送信するようにリクエストできます。
4. PG&Eは、ガスと電気の継続した供給サービスを保証することはできません。私には、ガスや電気が停止した時の代替手段を手配する責任があります。
5. PG&Eが申込みを処理する前に、本用紙のパートAとパートB両方をすべて記入し、オンラインまたは郵送にて、PG&Eに提出する必要があります。
6. 利用者は、Energy Upgrade California® Home Upgradeなどのエネルギー節約プログラムの恩恵を受けることも* できます。所得要件を満たす利用者は、Energy Savings Assistance (ESA: 省エネ支援) プログラムを利用して無料で節約状況を改善することができます。詳細は pge.com/saveenergy をご覧ください。
7. 長期的な停電時に、PG&Eや私個人を支援し、私の安全と健康を守る目的で、PG&Eは私の連絡先情報を州や地元の緊急時初動対応機関などの組織と共有することがあります。
8. Baselineの料金が対象となるお客様は、認定された医療機器の支援として、追加で1日0.82192サームのガスおよび/または16.438kWhの電力供給を、現在のBaseline料金で受けることができます。Baselineなしの電気料金でご利用のお客様は、一律12%のD-MEDICAL割引を受けることができます。この**Medical Baseline Allowance**がお客様の医療用エネルギーニーズを満たさない場合は、**PG&E (1-800-743-5000)** までお電話ください。・ Medical Baseline Programについての詳細は、pge.com/medicalbaseline をご覧ください。

ステップ4 署名

私は上記の情報が正しいことを証明します。また、私は Medical Baselineの居住者がこの住所に常時住み、Medical Baseline Programを必要としていることを証明します。私は、PG&Eがこれらの情報を確認することを許可します。また、私は資格要件を満たす居住者が転居した場合、あるいは**Medical Baseline program**を必要としなくなった場合には、速やかにPG&Eに通知することに同意します。

署名

お客様ご署名

日付

自動ドキュメント、予備的ステートメント、パートA

pge.com/medicalbaseline よりオンラインでお申し込みください。

社内使用欄:

本申込書で収集された情報は、PG&Eのプライバシーポリシーに従って使用されます。当社のプライバシーポリシーは、pge.com/privacy をご覧ください。

62-3481-A 2024年1月 CCC-0224-7263



Medical Baseline Programへの申し込みーパートB (有資格の医療従事者が記入してください*)。

Medical Baseline Programの加入および再証明のための医療従事者による証明

ステップ5 有資格の医療従事者が記入してください。

私は、次の患者の病状と医療ニーズを証明します。(ブロック体でご記入ください。)

患者の姓 _____ 患者の名 _____

1a. 患者は在宅でのホスピスケアを受けている (どちらかを選択) はい いいえ

1b. 生命維持装置の使用を必要としている (どちらかを選択) はい いいえ

次の生命維持装置を上記患者宅で使用している。

装置: _____ 電気 ガス

装置: _____ 電気 ガス

装置: _____ 電気 ガス

*対象となる生命維持装置とは、生命維持のために使用される、移動に不可欠なあらゆる医療機器を指します。この装置は、PG&Eが供給するガスや電気で作動している必要があります。これには人工呼吸器(酸素濃縮器)、人工肺、血液透析装置、吸引機、電気神経刺激装置、圧力パッドおよびポンプ、エアロゾルテント、静電気式および超音波ネブライザー、医療コンプレッサー、IPPB装置、腎臓透析装置、電動車椅子などが含まれますが、これらに限定されるものではありません。生命維持ではなく治療目的で使用する装置は対象になりません。

2. 加温および/または冷却を必要としている:

標準的Medical Baseline Allowanceは、患者が下半身不随、四肢麻痺、片麻痺、多発性硬化症、または強皮症の場合、加温および/または冷却に適用できます。標準的なMedical Baseline Allowanceはまた、患者が免疫機能低下、生命を脅かす病気、その他の医療状態にあり、加温や冷却機能を追加することが、患者の生命維持や患者の症状悪化を防ぐために医療上必要な場合にも適用できます

追加的な 加温が 医療上必要である: (どちらかを選択) はい いいえ

追加的な 冷却が 医療上必要である: (どちらかを選択) はい いいえ

3. 私は、生命維持装置および/または追加の加温または冷却が、およそ以下の期間必要であることを証明します。(1つを選択)

年数: _____ または 永続的

医療従事者氏名 _____ 電話番号 _____

勤務先住所 _____

市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

州医療免許番号または軍免許番号 _____

署名

日付

*医師免許を有する医師、Osteopathic Initiative Act (整骨院イニシアチブ法) に基づく免許取得者、看護師、医師助手は、患者が命にかかわる症状や病気を有する旨の加入資格を証明できます。

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

PG&Eお客様アカウント番号 (1頁目と同様)

下記まで郵送でお申し込みください。

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

または

オンラインで申し込む場合:

pge.com/medicalbaseline

自動ドキュメント、予備的ステートメント、パートA