



Заявка на участие в программе Medical Baseline Program — часть А (Заполняется клиентом)

Для регистрации и ресертификации в Medical Baseline Program

ШАГ 1 Информация о счете и клиенте (Заполнить печатными буквами)

НОМЕР СЧЕТА КЛИЕНТА PG&E

ФАМИЛИЯ И ИМЯ КЛИЕНТА (как указано в счете PG&E)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЖИТЕЛЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ (клиент или постоянно проживающий по адресу обслуживания)

АДРЕС ОБСЛУЖИВАНИЯ

НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС КЛИЕНТА (если он отличается от адреса обслуживания)

НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА КЛИЕНТА

НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА КЛИЕНТА

ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС КЛИЕНТА

ШАГ 2 Для клиентов, которым счета выставляет не компания PG&E

НАЗВАНИЕ КОМПЛЕКСА МОБИЛЬНЫХ ДОМОВ ИЛИ КВАРТИР

АДРЕС КОМПЛЕКСА

ИМЯ УПРАВЛЯЮЩЕГО КОМПЛЕКСОМ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОМПЛЕКСА

ИМЯ АРЕНДАТОРА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА АРЕНДАТОРА

ШАГ 3 Предпочтения относительно контактов для получения информации об отключениях или других сообщений Medical Baseline (Отметьте все, что применимо)

Убедитесь, что компания PG&E правильно указала ваши контактные данные, чтобы мы могли связаться с вами заранее при запланированном отключении электроэнергии в целях обеспечения общественной безопасности (PSPS) или в других ситуациях, которые могут привести к отключению электроэнергии. В некоторых случаях мы также можем отправить письмо. Во время мероприятия PSPS будут использоваться все способы связи.

ПРЕДПОЧИТАЕМЫЕ КОНТАКТЫ

Номер телефона: _____

Номер мобильного телефона для текстовых сообщений: _____

Эл. почта: _____

Связь для глухих и слабослышащих клиентов с помощью ТТУ по номеру телефона: _____
ТТУ — это специализированное телекоммуникационное устройство для глухих и слабослышащих людей.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что:

1. Если врач, имеющий соответствующую квалификацию, подтверждает, что состояние здоровья жильца является постоянным, компания PG&E требует заполнения каждые четыре года формы, подтверждающей право жильца на участие в Medical Baseline Program.
2. Если врач, имеющий соответствующую квалификацию, подтверждает, что состояние здоровья жильца не является постоянным, PG&E требует заполнения новой заявки, включающей справку от врача, имеющего соответствующую квалификацию, каждые два года.
3. Слепые или слабовидящие клиенты могут обратиться в компанию PG&E по телефону **1-800-743-5000** для запроса уведомлений в альтернативных форматах при отправке уведомлений на сертификацию.
4. PG&E не может гарантировать бесперебойную подачу газа и электроэнергии. Я несу ответственность за принятие альтернативных мер в случае отключения газа или электричества.
5. Обе части А и В этой формы должны быть заполнены и отправлены в PG&E онлайн или по почте до того, как PG&E обработает заявление.
6. Клиенты также могут воспользоваться программой энергосбережения, такими как Energy Upgrade California® Home Upgrade. Программа Energy Savings Assistance Program для клиентов, имеющих соответствующий доход, предоставляет возможность бесплатных модернизаций. Подробную информацию см. на сайте pge.com/saveenergy.
7. Компания PG&E может передавать мою контактную информацию таким организациям, как государственные и местные службы экстренного реагирования, чтобы они могли оказать помощь компании PG&E и мне лично во время длительного отключения для обеспечения моей безопасности и благополучия.
8. Если вы пользуетесь подходящим тарифом с базовой ценой, вы можете ежедневно получать дополнительно 0,82192 терма газа и/или 16,438 кВт-ч электроэнергии по базовой цене вашего текущего тарифа для поддержания работы медицинских приборов, отвечающих установленным требованиям. Если вы пользуетесь тарифом на электроэнергию без базовой цены, вы можете получить фиксированную 12%-ную скидку D-MEDICAL. **Если эти субсидии Medical Baseline не соответствуют вашим потребностям в электроэнергии для медицинских устройств, свяжитесь с PG&E по телефону 1-800-743-5000** Более подробную информацию о программе Medical Baseline Program можно найти на сайте pge.com/medicalbaseline.

ШАГ 4 Подпись

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация верна. Я также подтверждаю, что житель, участвующий в программе Medical Baseline, постоянно проживает по этому адресу и нуждается или продолжает нуждаться в Medical Baseline Program. Я согласен на проверку этой информации компанией PG&E. **Я также обязуюсь незамедлительно уведомить компанию PG&E, если отвечающий требованиям жилец переедет или если Medical Baseline Program жильцу больше не нужна.**

ПОДПИСЬ

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

Автоматизированный документ, предварительный отчет, часть А

Вы можете подать заявку онлайн на сайте pge.com/medicalbaseline

Информация, полученная в этом заявлении, используется в соответствии с Политикой конфиденциальности компании PG&E. Политика конфиденциальности доступна на сайте pge.com/privacy
62-3481-A Январь 2024 г. CCC-0224-7256

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО
ПОЛЬЗОВАНИЯ:



Заявка на участие в программе Medical Baseline Program — часть В (Заполняется медицинским работником*)

Сертификация практикующего врача для регистрации и ресертификации Medical Baseline Program

ШАГ 5 Заполняется медицинским работником, имеющим соответствующую квалификацию

Я подтверждаю состояние здоровья и потребности моего пациента: (Заполнить печатными буквами)

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА _____

1a. Пациент находится на домашнем хосписном лечении (Отметить один пункт) Да Нет

1b. Требуется использование аппарата(ов) жизнеобеспечения (Отметить один пункт) Да Нет

В доме вышеупомянутого пациента используются следующие устройства жизнеобеспечения:

Устройство: _____ Электричество Газ

Устройство: _____ Электричество Газ

Устройство: _____ Электричество Газ

† Соответствующее требованиям устройство жизнеобеспечения — это любое медицинское устройство, используемое для поддержания жизни или необходимого для передвижения. Это устройство должно работать на газе или электричестве, поставляемом компанией PG&E. К ним относятся, в частности, респираторы (кислородные концентраторы), аппараты искусственного дыхания, аппараты для гемодиализа, отсасывающие аппараты, электрические стимуляторы нервов, нажимные подушки и насосы, аэрозольные палатки, электростатические и ультразвуковые небулайзеры, компрессоры, аппараты IPPB, аппараты для диализа почек и моторизованные инвалидные кресла. **Устройства, используемые для терапии, а не для поддержания жизнедеятельности, не входят в список.**

2. Требуется обогрев и/или охлаждение:

Если пациент является параплегиком, квадриплегиком, гемиплегиком, страдает рассеянным склерозом или склеродермией, ему предоставляются субсидии на отопление и/или охлаждение в соответствии со Standard Medical Baseline Allowance. Standard Medical Baseline Allowance также предоставляется, если у пациента ослаблена иммунная система, имеется угрожающее жизни заболевание или любое другое состояние, при котором **необходим дополнительный обогрев или охлаждение по медицинским показаниям для поддержания жизни пациента или предотвращения ухудшения его состояния.**

Дополнительное **отопление** необходимо по медицинским показаниям: (Отметить один пункт) Да Нет

Дополнительное **охлаждение** необходимо по медицинским показаниям: (Отметить один пункт) Да Нет

3. Я подтверждаю, что устройство (устройства) жизнеобеспечения и/или дополнительное отопление или охлаждение потребуются приблизительно: (Выберите одно)

Количество лет: _____ или Постоянно

ИМЯ ВРАЧА _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС ОФИСА _____

ГОРОД _____

ШТАТ _____

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ ИЛИ ВОЕННОЙ ЛИЦЕНЗИИ _____

ПОДПИСЬ _____

ДАТА _____

* Лицензированный врач, лицо, лицензированное в соответствии с Osteopathic Initiative Act, практикующая медсестра или помощник врача могут подтвердить соответствие пациента требованиям, предъявляемым к состоянию или заболеванию, угрожающему жизни.

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

НОМЕР СЧЕТА КЛИЕНТА PG&E (такой же, как на странице 1)

Отправьте заявку по почте по адресу:

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

или

подайте заявление онлайн:

pge.com/medicalbaseline