



**Pacific Gas and  
Electric Company™**

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN INGLÉS**

**Solicitud de EXTENSIÓN DE LA TARIFA BÁSICA ASIGNADA POR  
RAZONES MÉDICAS** *(para inscribirse en dicha extensión o renovar la certificación)*

**PARTE 1 DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE** *(escriba en letra de imprenta en inglés)*

Nº de la cuenta del cliente de PG&E: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente *(tal como aparece en la cuenta)*: \_\_\_\_\_

Nombre del residente al que se extiende la tarifa  
básica por razones médicas *(si no es el mismo)*: \_\_\_\_\_

Dirección de servicio: \_\_\_\_\_

Dirección postal del cliente *(si no es la misma)*: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: (     ) \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: (     ) \_\_\_\_\_

**Para clientes que reciben facturas de otras entidades, no de PG&E**

Nombre del conjunto de casas móviles o de apartamentos: \_\_\_\_\_

Dirección del conjunto: \_\_\_\_\_

Nombre del administrador: \_\_\_\_\_ Tel. oficina: (     ) \_\_\_\_\_

Nombre del inquilino: \_\_\_\_\_ Tel. del inquilino: (     ) \_\_\_\_\_

## **Entiendo que:**

---

1. Si el médico certifica que la condición médica del residente es permanente, PG&E requerirá que este mismo residente rellene cada dos años un formulario certificando que reúne aún las condiciones para extender la tarifa básica por razones médicas.
2. Si el médico certifica que la condición médica del residente no es permanente, PG&E requerirá que este mismo residente rellene cada año un formulario certificando que reúne aún las condiciones para recibir una extensión de la tarifa básica por razones médicas, y que cada dos años rellene una nueva solicitud con una certificación médica.
3. Si el residente tiene alguna incapacidad visual, me comunicaré con PG&E para solicitar el envío del formulario de renovación de la certificación (para rellenar una nueva solicitud con certificación médica) o del formulario de autocertificación en un formato especial.
4. PG&E no puede garantizar que el servicio de gas y electricidad no se interrumpirá, por lo que es responsabilidad mía hacer otros arreglos para el caso de interrupciones en el servicio de gas o electricidad.

Certifico la veracidad de lo antedicho. Certifico además que el residente al que se extiende la tarifa básica por razones médicas vive a tiempo completo en esta dirección, y necesita o sigue necesitando que se le extienda la tarifa básica asignada por razones médicas. Doy mi permiso para que PG&E verifique esta información. **Me comprometo además a notificar rápidamente a PG&E en caso de que dicho residente se mueva de esta casa, o ya no requiera recibir la extensión de la tarifa básica asignada por razones médicas.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**La extensión estándar por razones médicas de la tarifa básica asignada es de 16.438 kilovatios-hora de electricidad o 0.82192 termias de gas natural por día, cobradas al precio de la tarifa básica, en adición a su asignación diaria estándar. Si esta asignación no es suficiente para cubrir sus necesidades médicas, comuníquese con PG&E llamando al 1-800-660-6789 en español para solicitar montos adicionales.**

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN INGLÉS**

**PARTE 2 DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO LICENCIADO (M.D.) O UN MÉDICO OSTEÓPATA (D.O.)**

**Certifico que por su condición médica y sus necesidades mi paciente** (escriba en letra de imprenta en inglés):

**Apellido**

**Nombre**

**1. Necesita usar un equipo médico de soporte vital\* (marque uno)  Sí  No**

Los siguientes equipos médicos de soporte vital se emplea(n) en la casa del paciente antedicho:

Equipo médico: _____	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gas
Equipo médico: _____	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gas
Equipo médico: _____	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gas

\*Para clasificar como soporte vital el equipo médico debe ser un dispositivo médico que se emplee para sostener la vida o para desplazarse. Dicho dispositivo debe alimentarse con gas o electricidad suministrada por PG&E. Se incluyen entre otros los respiradores (concentradores de oxígeno), pulmones de acero, aparatos de hemodiálisis, aparatos de succión, estimuladores nerviosos eléctricos, almohadillas y bombas de presión, tiendas para inhalación de aerosol, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, compresores, respiradores intermitentes (IPPB), aparatos para diálisis renal y sillas de ruedas motorizadas. **No clasifican los dispositivos que se empleen para terapia y no para soporte vital.**

**2. Necesita calefacción y refrigeración:**

---

Las extensiones de la asignaciones estándar de tarifa básica por razones médicas están disponibles para calefacción o enfriamiento si el paciente es parapléjico, cuadripléjico, hemipléjico, sufre de esclerosis múltiple o esclerodermia. Las extensiones de las asignaciones estándar de tarifa básica por razones médicas también están disponibles para pacientes con sistemas inmunes comprometidos, enfermedades de riesgo mortal, o cualquier otra condición **para la cual sea necesario por razones médicas tener calefacción o enfriamiento adicional para sostener la vida de la persona o evitar un deterioro de su condición médica.**

Necesita una extensión estándar de la tarifa básica asignada por razones médicas (*calefacción*): (marque uno)     **Sí**     **No**

Necesita una extensión estándar de la tarifa básica asignada por razones médicas (*refrigeración*): (marque uno)     **Sí**     **No**

**3. Certifico que el equipo (los equipos) de soporte vital o la calefacción o refrigeración adicional se requerirán aproximadamente durante:**

---

(*conteste una*)     **Años** \_\_\_\_\_ *o*     **Permanente**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono (    ) \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Número de licencia del estado de California (MD/DO) o de licencia militar: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

*FOR PG&E USE ONLY*    *Date Received:* \_\_\_\_\_    *Medical Baseline Allocation:* \_\_\_\_\_    *Electric unit(s)* \_\_\_\_\_    *Gas unit(s)* \_\_\_\_\_

*Recertification:*     *Self-certify every 2 years*                       *Self-certify annually; Doctor's certification every 2 years*

---

**Envíe la solicitud a: Pacific Gas and Electric Company, P.O. Box 8329, Credit & Records Center - Medical Baseline, Stockton, CA 95208**



**Pacific Gas and  
Electric Company™**

**THIS FORM MUST BE COMPLETED IN ENGLISH**

**MEDICAL BASELINE ALLOWANCE  
Application** *Used for Medical Baseline Enrollment and Re-Certification*

**PART 1 TO BE COMPLETED BY CUSTOMER** *(please print in English)*

PG&E Customer Account No: \_\_\_\_\_

Customer Name *(as it appears on your bill)*: \_\_\_\_\_

Medical Baseline Resident's Name *(if different)*: \_\_\_\_\_

Service Address: \_\_\_\_\_

Customer Mailing Address *(if different)*: \_\_\_\_\_

Home Phone: (    ) \_\_\_\_\_ Work Phone: (    ) \_\_\_\_\_

**For Customers Billed by Someone Other Than PG&E**

Name of Mobile Home or Apartment Complex: \_\_\_\_\_

Complex Address: \_\_\_\_\_

Complex Manager's Name: \_\_\_\_\_ Complex Phone: (    ) \_\_\_\_\_

Name of Tenant: \_\_\_\_\_ Tenant's Phone: (    ) \_\_\_\_\_

## **I understand that:**

---

1. If the doctor certifies the resident's medical condition is permanent, PG&E will require completion of a form self-certifying continued resident's eligibility for Medical Baseline every two years.
2. If the doctor certifies the resident's medical condition is not permanent, PG&E will require completion of a form self-certifying continued resident's eligibility for Medical Baseline each year and completion of a new application with a doctor's certification every two years.
3. If the resident has a vision disability, I may contact PG&E to request special notification when either re-certification (to complete a new application with a doctor's certification) or self-certification forms are mailed.
4. PG&E cannot guarantee uninterrupted gas and electric service and I am responsible for making alternate arrangements in the event of a gas or electric outage.

I certify that the above information is correct. I also certify that the Medical Baseline resident lives full-time at this address, and requires or continues to require the Medical Baseline Allowance. I agree to allow PG&E to verify this information. **I also agree to promptly notify PG&E if the qualified resident moves or Medical Baseline Allowance is no longer needed by the resident.**

Customer Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**The Standard Medical Baseline Allowance is 16.438 kilowatt-hours of electricity and/or 0.82192 therms of natural gas per day, which is in addition to your daily standard Baseline Allocation. If this allowance does not meet your medical needs, please contact PG&E at 1-800-743-5000 to discuss additional amounts.**

**THIS FORM MUST BE COMPLETED IN ENGLISH**

**PART 2 TO BE COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL DOCTOR (M.D.) OR DOCTOR OF OSTEOPATHY (D.O.)**

**I certify that the medical condition and needs of my patient** (please print in English):

---

***Last Name***

***First Name***

---

**1. Requires use of a life-support device\*** (check one)  **Yes**  **No**

The following life-support device(s) is/are used in the above named patient's home:

Device: \_\_\_\_\_  Electricity  Gas

Device: \_\_\_\_\_  Electricity  Gas

Device: \_\_\_\_\_  Electricity  Gas

\*A qualifying life-support device is any medical device used to sustain life or is relied upon for mobility. This device must run on gas or electricity supplied by PG&E. It includes, but is not limited to, respirators (oxygen concentrators), iron lungs, hemodialysis machines, suction machines, electric nerve stimulators, pressure pads and pumps, aerosol tents, electrostatic and ultrasonic nebulizers, compressors, IPPB machines, kidney dialysis machines, and motorized wheelchairs. **Devices used for therapy rather than life-support do not qualify.**

**2. Requires heating and cooling:**

---

Standard Medical Baseline Allowances are available for heating and/or cooling if patient is Paraplegic, Quadriplegic, Hemiplegic, has Multiple Sclerosis or Scleroderma. Standard Medical Baseline Allowances are also available if patient has a compromised immune system, life threatening illness, or any other condition for which **additional heating or cooling is medically necessary to sustain the person's life or prevent deterioration of the person's medical condition.**

Requires Standard Medical Baseline Allowance for **heating**: (check one)     **Yes**     **No**  
Requires Standard Medical Baseline Allowance for **cooling**: (check one)     **Yes**     **No**

**3. I certify that the life support device(s) and/or additional heating or cooling will be required for approximately:**

---

*(complete one)*     **No. of Years** \_\_\_\_\_ *or*     **Permanently**

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Phone No. (    ) \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

MD/DO California State License or Military License Number: \_\_\_\_\_

Signature of Doctor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

*FOR PG&E USE ONLY*    *Date Received:* \_\_\_\_\_    *Medical Baseline Allocation:* \_\_\_\_\_    *Electric unit(s)* \_\_\_\_\_    *Gas unit(s)* \_\_\_\_\_

*Recertification:*     *Self-certify every 2 years*     *Self-certify annually; Doctor's certification every 2 years*

---

**Mail application to: Pacific Gas and Electric Company, P.O. Box 8329, Credit & Records Center - Medical Baseline, Stockton, CA 95208**