



醫療能源輔助計劃申請表—A 部分 (由病人填寫)

用於報名及重新確認

第一步 帳戶及客戶資訊 (請端正填寫)

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

PG&E 帳戶號碼

客戶姓名 (帳單上的客戶姓名)

申請者姓名 (若不同的話)

住址 公寓單位 #

城市 州 郵區

客戶郵寄地址 (若不同的話) 公寓單位 #

城市 州 郵區

住家電話 # 工作電話 #

第二步 由PG&E以外人士開帳單的客

流動房屋或公寓大廈名稱

大廈地址

大廈負責人姓名 大廈電話 #

租客姓名 租客電話 #

第三步 遇上預知和/或未預計之天然氣中斷或停電，你想怎樣得通知？

請於下方選擇你想我們聯絡你的方式，並於你的選擇旁提供所有相關資訊。(最多可選兩種方法)。某些天然氣中斷或停電情況，你仍將繼續接到郵件通知。

預知天然氣中斷或停電時希望得到通知的方式

- 打電話給我 _____
- 經TTY打電話聯絡我 _____
- 給我的電話發簡訊 _____
- 發電子郵件至 _____

未預計之天然氣中斷或停電希望得到通知的方式

- 打電話給我 _____
- 經TTY打電話聯絡我 _____
- 給我的電話發簡訊 _____
- 發電子郵件至 _____

本人瞭解：

1. 如果合格執業醫療人員證明該居民的醫療狀況是永久性的，PG&E 將要求申請者每兩年填寫一份表格，自我證明該居民有資格繼續享用醫療能源輔助。
2. 如果合格執業醫療人員證明該居民的醫療狀況是非永久性的，PG&E 將要求申請者每年填寫一份表格，自我證明該居民有資格繼續享用醫療能源輔助，並且每兩年填寫一份有合格執業醫療人員證明的新申請表。
3. 如果該居民有視力障礙，本人可以跟 PG&E 聯絡，要求寄來特別格式的重新確認表格 (填寫有合格執業醫療人員證明的新申請表) 或自我確認表格。
4. PG&E 不能保證天然氣及電力供應服務不中斷。本人負責安排替代方案，以防發生天然氣中斷或停電的情況。
5. 本表格的 A 部分和 B 部分都必須填妥，然後透過網絡或郵寄方式提交給 PG&E，PG&E 方可辦理申請。
6. 本人亦可能透過參加 Energy Upgrade California® Home Upgrade 等節能計劃受益。Energy Savings Assistance Program 為收入合格用戶免費提供節能改善設施。更多資訊請瀏覽：pge.com/saveenergy。
7. 標準醫療能源輔助計劃以最低價格提供額外能源。醫療能源輔助配額會附加在標準費率計劃的底線配額之上。以電力而言，此配額為每天 16.438 kWh (每月 500 kWh)。此附加量相當於平均一個電力住宅用戶的每日消耗量。以天然氣而言，此配額為每天 0.82192 therms (每月 25 therms)。此附加量相當於平均一個煤氣住宅用戶每日消耗量的四分之三。**若醫療能源輔助配額無法滿足您的醫療能源需求，請致電 1-800-743-5000 與 PG&E 聯絡。**更多關於提高醫療能源補助量的資訊，請瀏覽：pge.com/medicalbaseline。

第四步 簽名

本人證明以上資料正確無誤，並且證明申請醫療能源補助者全天住在該地址，仍需要醫療額外能源津貼。本人同意允許 PG&E 核實本資料。並且同意，如果合格的居民搬遷或該居民不再需要醫療額外能源津貼，立即通知 PG&E。

於此處簽名



醫療能源輔助計劃申請表—B 部分 (由執業醫療人員填寫)

醫療能源輔助計劃註冊登記及重新證明表之執業醫療人員證明

第五步 由合格執業醫療人員填寫*

本人證明下列病人的健康狀況及需要 (請端正填寫):

姓氏 _____ 名字 _____

1. 需要使用生命維持設備† (選一個)

是 否

上述病人的家裡使用下列生命維持設備:

設備: _____ 電力 天然氣

設備: _____ 電力 天然氣

設備: _____ 電力 天然氣

†合資格的生命維持設備是指用於維持生命或依賴它來行動的任何醫療設備。該設備必須使用由PG&E供應的天然氣或電力。設備包括但不限於呼吸器(氧氣濃縮器)、鐵肺、血液透析機、抽吸機、電動神經刺激器、壓墊及壓泵、氣霧帷幕、靜電及超音波噴霧器、壓縮機、間歇正壓呼吸(IPPB)機、腎透析機及電動輪椅。用於物理治療而非維持生命的設備不合資格。

2. 需要暖氣及冷氣:

如果病人患有截癱、四肢麻痺、偏癱、多發性硬化症或硬皮病,可申請額外能源開動冷氣或暖氣。如果病人缺乏免疫系統、患有危害生命的疾病或任何其他狀況,在醫療上必須有額外的暖氣或冷氣來維持病人生命或防止病人健康狀況惡化,亦可享用此計劃。

需要額外暖氣:(選一個) 是 否

需要額外冷氣:(選一個) 是 否

3. 本人證明該生命維持設備及/或額外暖氣或冷气的需要時間大約是:(填寫一項)

年數 _____ 或 永久

執業醫療人員姓名 _____ 電話號碼 # _____

醫務所地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵區 _____

州醫療執照或軍隊執照號碼 _____

於此處簽名

*一名領有執照的醫師、根據《整骨治療倡議法》(Osteopathic Initiative Act) 領有執照的人士、執業護理師或醫師助理可證明病人具有合資格的危害生命狀況或病症。

將申請表寄到:

PG&E
Credit and Records Center
Medical Baseline
P.O. Box 8329
Stockton, CA 95208

UTILITY USE ONLY

Date Received: _____

Medical Baseline Allocation:

Electric unit(s) Gas unit(s)

Recertification:

Self-certify every 2 years

Self-certify annually; qualified medical practitioner's certification every 2 years

自動化程序文件、初步聲明、A 部分