



Medical Baseline プログラム申込用紙 - パート A

(お客様記入用) Medical Baseline プログラム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

お客様氏名 (PG&E の請求書に記載される氏名)

MEDICAL BASELINE ご利用居住者氏名 (上記お客様氏名と異なる場合)

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

自宅電話番号

勤務先電話番号

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 (希望の選択肢を全てチェック)

計画された「公共の安全のための停電」(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 にお客様の正確で最適な連絡方法を必ず伝えておくようにしてください。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 - 電話番号 (1): _____
- 電話 - 電話番号 (2): _____
- テキスト送信 - 携帯番号 (1): _____
- テキスト送信 - 携帯番号 (2): _____
- 電子メール - メールアドレス (1): _____
- 電子メール - メールアドレス (2): _____
- テキスト電話 (TTY) - 電話番号: _____

私は以下の内容を理解し同意します:

- 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、2年ごとに、その居住者の Medical Baseline プログラム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。
- 有資格の医療従事者によって居住者の病状が永続的でないとして証明された場合は、PG&E に対して、毎年、その居住者の Medical Baseline プログラム継続資格を確認する自己証明書を提出し、2年ごとに有資格の医療従事者による証明を含む、新たな申請を行う必要があります。
- 視覚障害のある居住者は、PG&E に連絡して、PG&E が再証明 (有資格の医療従事者発行の証明を添えた新規申請の完了) または自己証明のいずれかの通知を送る際に、特別の通知をリクエストできます。
- 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。
- PG&E が申し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。
- 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 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。詳細については、pge.com/saveenergy をご覧ください。
- 長期的な停電時に、PG&E や私個人を直接支援して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。
- 標準的 Medical Baseline 手当は、ベースラインを超えた分のエネルギーを最低の料金設定で提供します。Medical Baseline 手当は、ご利用の標準レートプランのベースライン割当に追加されるものです。電気では、1日あたり 16.438 キロワット (1ヶ月あたり約 500 キロワット) で、平均的な電気利用世帯の 1 日分消費量に相当する量が追加されます。ガスでは、1日あたり 0.82192 サーム (1ヶ月あたり約 25 サーム) で、平均的なガス利用世帯の 1 日分消費量の 4 分の 3 に相当する量が追加されます。この Medical Baseline 手当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 プログラムについての詳細は、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。私はまた、Medical Baseline 居住者がこの住所に常時住み、Medical Baseline プログラム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。私はまた、資格を持つ居住者が転居した場合、あるいは Medical Baseline プログラムを必要としなくなった場合には、PG&E に速やかに通知することに同意します。

署名

お客様ご署名

日付



Medical Baseline プログラム申込用紙 - パート B (医療従事者 * 記入用)

Medical Baseline プログラム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、私の患者の以下の病状とニーズを証明します：(ブロック体でご記入ください)

患者の名字

患者の名前

1. 生命維持装置の使用を必要としている[†] (1つ選択)

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、あるいは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。これらの装置には、人工呼吸器（酸素濃縮装置）、人工肺、血液透析装置、吸引機、電気神経刺激機、圧力パッドおよびポンプ、エアロソルテント、静電気式および超音波ブライザー、コンプレッサー、IPPB、腎臓透析機、および電動車椅子が含まれますが、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 手当は、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 Medical Baseline 手当はまた、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**が医学的に必要：(1つを選択) はい いいえ

追加的な**冷却**が医学的に必要：(1つを選択) 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、患者に命にかかわる症状や病気があるとして、加入資格を証明できます。

COVID-19 屋内退避令の規定と医療機関の優先順位の変更に伴い、PG&E のお客様は、Medical Baseline プログラムの加入資格を自己申告によって証明できるようになりました。申し込みの際は**有資格の医療従事者の署名は必要ありませんが**、プログラムを1年以上継続する場合には必要となることがあります。

この申込書の郵送先：

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