



Medical Baseline 프로그램 신청서—파트 A (고객이 작성)

Medical Baseline 프로그램 등록 및 재확인 용

1단계 계정 및 고객 정보 (정자로 작성하십시오.)

PG&E 고객 계정 번호									
고객 이름 (PG&E 고지서에 표시된 이름)									
MEDICAL BASELINE 주민 이름 (고객 이름과 다른 경우)									
서비스 주소					아파트 호수				
시			주		우편번호				
고객 우편주소 (서비스 주소와 다른 경우)					아파트 호수				
시			주		우편번호				
주택 전화번호					직장 전화번호				

2단계 PG&E 이외의 업자에게 납부하는 고객 용

이동식 주택 또는 아파트 단지 이름	
단지 주소	
단지 관리자 이름	단지 전화번호
입주자 이름	입주자 전화번호

3단계 정전 또는 Medical Baseline 과 관련해 기타 연락이 필요한 경우 선호하는 연락 방법 (해당하는 모든 항목에 체크)

예정된 공공안전 전력차단(PSPS) 또는 기타 정전이 될 수 있는 상황이 발생하기 전에 PG&E에서 연락을 할 수 있도록 등록된 연락처 정보가 정확한지 확인하십시오. 경우에 따라 서신을 발송할 수 있습니다. PSPS가 발생한 경우에는 모든 연락처로 연락이 이루어집니다.

선호하는 연락처

통화용 전화번호 1: _____

통화용 전화번호 2: _____

문자용 휴대전화 번호 1: _____

문자용 휴대전화 번호 2: _____

이메일 1: _____

이메일 2: _____

TTY 연락 전화번호: _____

본인은 다음 사항을 이해하고 동의합니다.

- 정식 면허를 가진 의료인이 주민의 질병이 만성임을 확인할 경우 2년에 한 번씩 주민의 Medical Baseline 프로그램 자격 유지를 자가 증명하는 양식을 작성해야 합니다.
- 정식 면허를 가진 의료인이 주민의 질병이 만성이 아님을 확인할 경우 매년 주민의 Medical Baseline 프로그램 자격 유지를 자가 증명하는 양식을 작성하고 2년에 한 번씩 정식 면허를 가진 의료인의 확인서를 포함한 신규 신청서를 작성해야 합니다.
- 시각장애를 가진 주민은 PG&E 에 연락해 재확인(정식 면허를 가진 의료인 확인서를 포함한 신규 신청서 작성) 또는 자가 증명에 대한 공지를 발송할 때 특수한 공지 방식을 요청할 수 있습니다.
- PG&E는 가스 및 전기 서비스가 중단 없이 공급될 수 있다는 점을 보장할 수 없습니다. 본인은 가스 또는 전기 공급 중단 시 대체 수단을 마련할 책임이 있습니다.
- PG&E 가 신청을 처리하기 전에 본 양식의 파트 A와 파트 B를 작성해 온라인 또는 우편으로 PG&E 에 제출해야 합니다.
- 고객은 Energy Upgrade California® Home Upgrade 와 같은 에너지 절약 프로그램의 혜택을 받을 수도 있습니다. 소득 기준에 부합하는 고객을 위한 Energy Savings Assistance Program은 무상으로 개선 서비스를 제공합니다. 자세한 내용은 pge.com/saveenergy 를 참조하십시오.
- 정전이 예상보다 길어질 경우 본인의 안전과 안위를 위해 주 차원 및 지역 차원의 응급대응팀 등의 단체가 PG&E 와 본인을 지원해 줄 수 있도록 PG&E 는 해당 단체와 연락처 정보를 공유할 수 있습니다.
- 표준 Medical Baseline 프로그램은 최저 요금으로 추가 에너지를 제공합니다. Medical Baseline 보조 용량이 표준 요금제 기본 할당량에 추가됩니다. 전기의 경우 가구당 하루 평균 소비량에 해당하는 16.438 kWh(매월 약 500 kWh)가 매일 추가됩니다. 가스의 경우 가구당 하루 평균 소비량의 3/4에 해당하는 0.82192 therms(매월 약 25 therms)가 매일 추가됩니다. 해당 Medical Baseline 보조 용량이 귀하가 필요로 하는 의료 에너지 필요량 못 미칠 경우 PG&E, 1-800-743-5000으로 연락 주십시오. Medical Baseline 프로그램에 대한 자세한 내용은 pge.com/medicalbaseline 을 참조하십시오.

4단계 서명

본인은 상기 정보가 정확하다는 사실을 확인합니다. 또한 본인은 Medical Baseline을 필요로 하는 주민이 본 주소지에 상시 거주하고 있으며 Medical Baseline 프로그램을 필요로 한다는 사실을 확인합니다. 본인은 PG&E에서 해당 정보를 확인하는데 동의합니다. 또한 본인은 해당 주민이 이사하거나 더 이상 Medical Baseline 프로그램을 필요로 하지 않을 경우 즉시 PG&E에 알릴 것에 동의합니다.

서명

고객 서명 _____

날짜 _____

FOR INTERNAL USE ONLY:



Medical Baseline 프로그램 신청서—파트 B (의료인이 작성*)

Medical Baseline 프로그램 등록 및 재확인에 대한 의료인 확인서

5단계 정식 면허를 가진 의료인이 작성

본인은 본인의 환자의 질병과 필요 사항을 확인합니다. (정자로 작성하십시오.)

환자 성

환자 이름

1. 생명유지장치 사용이 필요합니다† (하나만 선택하십시오.)

예 아니요

상기 환자의 거주지에 사용되는 생명유지장치는 다음과 같습니다.

장치: _____ 전기 가스

장치: _____ 전기 가스

장치: _____ 전기 가스

† 해당되는 생명유지장치는 생명유지에 사용되거나 이동을 위해 의존하는 모든 의료 장치입니다. 이 장치는 PG&E에서 공급하는 가스 또는 전기를 사용해야 합니다. 이러한 장치에는 호흡기(산소 발생기, 철폐, 혈액 투석기, 흡입기, 전기 신경 자극기, 압력 펌프 및 펌프, 에어로졸 텐트, 정전기 및 초음파 호흡기 치료기(nebulizer), 압축기, IPPB 기기, 신장 투석기 및 전동 휠체어 등이 포함됩니다(이에 국한되지 않음). **생명유지가 아닌 치료에 사용되는 장치는 해당되지 않습니다.**

2. 난방 및/또는 냉방이 필요합니다.

환자가 하반신 마비, 사지 마비, 편마비, 다발성 경화증 또는 경피증이 있는 경우 난방 및/또는 냉방을 위한 표준 Medical Baseline 보조 용량이 제공됩니다. 환자의 면역 체계가 손상되었거나 생명을 위협하는 질병이 있거나 **환자의 생명을 유지하기 위해 또는 건강상태 악화를 막기 위해 의학적으로 난방 또는 냉방이 추가로 필요한 기타 질병이 있는 경우** 표준 Medical Baseline 보조 용량을 이용할 수 있습니다.

의학적으로 추가 난방 필요: (하나만 선택하십시오.) 예 아니요

의학적으로 추가 냉방 필요: (하나만 선택하십시오.) 예 아니요

3. 본인은 다음 기간 동안 생명유지장치 및/또는 추가 난방 또는 냉방이 필요하다는 사실을 확인합니다. (하나만 선택하십시오.)

연수: _____ 또는 영구적으로

의료인 이름

전화번호

사무실 주소

시

주

우편번호

주 의사 면허 또는 군 면허 번호

서명

날짜

COVID-19 에 관한 shelter-in-place 행정 명령과 급변하는 의료 종사자들의 우선 순위로 인해, PG&E 고객들은 이제 Medical Baseline 프로그램에 등록할 자격을 스스로 인증 할 수 있습니다. 자격을 갖춘 의료인의 서명은 지금 신청할 때 필요가 없지만, 1년 이상 이 프로그램에 남기 위해선 필요할 수도 있습니다.

*정식 면허를 가진 의사, 정골의료처치법 (Osteopathic Initiative Act) 에 따라 면허를 취득한 자, 간호사, 보조 의사가 생명을 위협하는 질병의 유무를 증명할 수 있습니다.

신청서 우편 접수:

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