



Заявление на участие в программе Medical Baseline—часть А

Для зачисления в программу Medical Baseline и повторного подтверждения права на участие (заполняется клиентом)

ЭТАП 1 Информация об учетной записи и клиенте (просьба заполнять печатными буквами)

НОМЕР УЧЕТНОЙ ЗАПИСИ КЛИЕНТА PG&E

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЖИЛЬЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAL BASELINE
(если отличается от имени и фамилии клиента)

АДРЕС ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

КВАРТИРА №

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС КЛИЕНТА

(если отличается от адреса предоставления услуги)

КВАРТИРА №

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА

НОМЕР РАБОЧЕГО ТЕЛЕФОНА

ЭТАП 2 Для клиентов, получающих счета от третьей стороны (не от компании PG&E)

НАЗВАНИЕ МОБИЛЬНОГО ДОМА ИЛИ МНОГOKВАРТИРНОГО КОМПЛЕКСА

АДРЕС КОМПЛЕКСА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕНЕДЖЕРА КОМПЛЕКСА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОМПЛЕКСА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КВАРТИРОСЪЕМЩИКА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА КВАРТИРОСЪЕМЩИКА

ЭТАП 3 Контактные данные на случай отключения подачи электроэнергии/газа или для связи по другим вопросам, связанным с программой Medical Baseline (заполните все возможные пункты)

Просим предоставить компании PG&E правильные контактные данные, чтобы мы смогли заблаговременно связаться с вами при планируемом отключении подачи электроэнергии в целях общественной безопасности (public safety power shutoff, PSPS) или в других ситуациях, которые могут привести к отключению электричества. В некоторых ситуациях мы можем также отправить вам письмо почтой. При отключении подачи электроэнергии в целях общественной безопасности будут использованы все способы связи.

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

Номер телефона для звонка 1: _____

Номер телефона для звонка 2: _____

Номер мобильного телефона для текстовых сообщений 1: _____

Номер мобильного телефона для текстовых сообщений 2: _____

Электронная почта 1: _____

Электронная почта 2: _____

Связь через телетайп (TTY) по номеру телефона: _____

Я понимаю и соглашаюсь со следующим:

- Если квалифицированный медицинский работник подтверждает, что мое текущее состояние здоровья является постоянным, компания PG&E требует заполнения формы каждые два года. При этом жилец самостоятельно, без предоставления доказательств, заявляет о сохранении своего права на участие в программе Medical Baseline.
- Если квалифицированный медицинский работник подтверждает, что мое текущее состояние здоровья не является неизлечимым, компания PG&E требует ежегодного заполнения формы с тем, чтобы жилец самостоятельно, без предоставления доказательств, заявил о сохранении своего права на участие в программе Medical Baseline. Каждые два года необходимо по-прежнему предоставлять новую заявку на участие, включающую подтверждение квалифицированного медицинского работника.
- Жильцы с нарушением зрения могут обратиться в компанию PG&E с просьбой направлять им специальное уведомление при отправке запросов на повторное утверждение (заполнение новой заявки, включающей подтверждение квалифицированного медицинского работника) или самостоятельного заявления о сохранении права на участие.
- Компания PG&E не может гарантировать бесперебойную подачу газа или электроэнергии. Я несу ответственность за подготовку к использованию других источников энергоснабжения при отключении подачи газа или электричества.
- Необходимо заполнить обе части этой формы, часть А и часть В, и отправить их в компанию PG&E через интернет или по почте, чтобы компания PG&E смогла приступить к обработке заявки.
- Клиенты также могут воспользоваться преимуществами программы экономии электроэнергии, например, Energy Upgrade California® Home Upgrade. Программа Energy Savings Assistance Program предоставляет бесплатное улучшение жилищных условий клиентам, доход которых соответствует квалификационным требованиям. Для получения более подробной информации посетите веб-страницу pge.com/saveenergy.
- Компания PG&E может передавать мои контактные данные таким организациям, как местные службы экстренного реагирования и спасательные службы, чтобы они могли оказывать содействие компании PG&E и лично мне во время длительного отключения подачи электроэнергии и (или) газа для обеспечения моей безопасности и благополучия.
- Стандартная норма энергопотребления по программе Medical Baseline позволяет получить больше энергии по минимальной цене. Норма программы Medical Baseline обавляется к стандартному базовому лимиту вашего тарифного плана. Для электричества это дополнительно 16,438 кВт·ч в сутки (около 500 кВт·ч в месяц), что равно суточному потреблению электроэнергии в среднем домохозяйстве. Для газа это дополнительно 0,82192 терм в сутки (около 25 терм в месяц), что равно 3/4 суточного потребления газа в среднем домохозяйстве. **Если данные нормы по программе Medical Baseline не соответствуют вашим медицинским потребностям в энергоснабжении, звоните в компанию PG&E по номеру 1-800-743-5000.** Более подробную информацию о программе Medical Baseline можно найти на веб-странице pge.com/medicalbaseline.

ЭТАП 4 По письму

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является верной. Я также подтверждаю, что жилец, подающий заявку на участие в программе Medical Baseline, постоянно проживает по указанному адресу и нуждается в участии в программе Medical Baseline. Я разрешаю компании PG&E проверить данную информацию. **Я также соглашаюсь тем, что должен(-на) без промедления уведомить компанию PG&E в случае, если жилец, соответствующий квалификационным критериям программы Medical Baseline, поменяет место жительства или перестанет нуждаться в участии в программе Medical Baseline.**

ПОДПИСЬ

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА



Заявление на участие в программе Medical Baseline—часть B

По твердому мнению медицинского работника при зачислении в программу Medical Baseline и повторное по твердому мнению (заполняется медицинским работником*)

ЭТАП 5 Подлежит заполнению квалифицированным медицинским работником

по твердому мнению, что в связи с медицинским состоянием (заболеванием) моего пациента и его медицинскими нуждами ему требуется: (Печатными буквами, по алфавиту.)

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА _____

1. Использовать устройство(-а) жизнеобеспечения[†] (Отметьте один вариант.)

Да Нет

Следующее устройство (устройства) используется(-ются) в месте проживания вышеуказанного пациента:

Устройство: _____ электричество Газ

Устройство: _____ электричество Газ

Устройство: _____ электричество Газ

[†]Требованиям программы соответствует любое устройство жизнеобеспечения, которое используется для поддержания жизни или благодаря которому пациент имеет возможность передвигаться. Это устройство должно работать на электричестве или газе, поставляемом компанией PG&E. К таким устройствам, помимо прочего, относятся кислородные концентраторы (респираторы), аппараты искусственного дыхания, аппараты для гемодиализа, электроотсосы, электрические нейростимуляторы, матрасы с изменяемым давлением и насосы к ним, аэрозольные палатки, электростатические и ультразвуковые небулайзеры, компрессоры, аппараты ИВЛ с подачей переменного положительного давления, аппараты для почечного диализа и инвалидные коляски с электроприводом. **Устройства, необходимые для лечения, а не для поддержания жизни, не соответствуют квалификационным требованиям программы.**

2. Согревание и (или) охлаждение:

Стандартная норма энергопотребления по программе Medical Baseline доступна для согревания и (или) охлаждения, если у пациента имеется параплегия, квадриплегия, гемиплегия, рассеянный склероз или склеродермия. Стандартная норма энергопотребления по программе Medical Baseline также доступна для пациентов с нарушением со стороны иммунной системы, жизнеугрожающим заболеванием или другим заболеванием, когда имеется **медицинская необходимость в дополнительном согревании или охлаждении для поддержания жизни пациента или предотвращения ухудшения состояния пациента.**

Дополнительное **согревание** необходимо по медицинским показаниям: (Отметьте один вариант.) Да Нет

Дополнительное **охлаждение** необходимо по медицинским показаниям: (Отметьте один вариант.) Да Нет

3. по твердому мнению, что устройство(-а) жизнеобеспечения и (или) дополнительное согревание либо охлаждение потребуются приблизительно на следующий период времени: (Выберите один вариант.)

Количество лет: _____ или Постоянно

ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА _____

ТЕЛЕФОННЫЙ НОМЕР _____

АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ _____

ГОРОД _____

ШТАТ _____

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ ШТАТА ИЛИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ _____

ПОДПИСЬ

ДАТА

В связи с требованиями оставаться в месте пребывания из-за вируса COVID 19, а также изменения приоритетов врачей, клиенты компании PG&E могут самостоятельно подтвердить свое право на участие в программе базовой медицинской помощи (Medical Baseline program). **Подпись квалифицированного врача не требуется** для подачи заявления, но может потребоваться, чтобы остаться в программе после 1 года.

*Лицензированный врач, лицо, лицензированное в соответствии с законодательной инициативой по остеопатии (Osteopathic Initiative Act), практикующая медсестра (медсестра) или ассистент врача могут подтвердить соответствие пациента квалификационным требованиям к лицам, имеющим жизнеугрожающее заболевание или состояние.

Отправьте заявку почтой по адресу:
PG&E Billing Center
Medical Baseline
P.O. Box 8329
Stockton, CA 95208