



Medical Baselineプログラムを利用するための自己証明

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)

病状のある居住者氏名 (お客様またはご利用先住所の常時居住者)

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

お客様の自宅電話番号

お客様の携帯電話番号

お客様のEメールアドレス

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 (ご希望の選択肢をすべて選択)

公共の安全のための計画停電 (Public Safety Power Shutoff (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

電話番号: _____

テキスト送信・携帯番号: _____

Eメールアドレス: _____

聴覚障害者/難聴者向けのテキスト電話 (TTY) 電話番号: _____
TTYは、聴覚障害者や難聴者のコミュニケーションを可能にする特別な通信装置です。

私は以下の内容を理解し同意します。

1. 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。
2. 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。
3. 視覚障害のあるお客様は、PG&Eに連絡して、特別な形式で証明の通知を送信するようにリクエストできます。
4. 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。
5. 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 (ESA: 省エネ支援) 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。詳細は、pge.com/saveenergyをご覧ください。
6. 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。
7. 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。

pge.com/selfcertifyで自己証明を行うことができます。病状のある居住者を新たに申請する場合は、pge.com/medicalbaselineより申請してください。書面の申込書を郵送で提出する場合は、下記宛てにお願いします。PG&E Billing Center Medical Baseline, P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

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、または引き続き必要とす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、資格要件を満たす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

自動ドキュメント、予備的ステートメント、パートA

本申込書に記載のすべての情報は、PG&Eのプライバシーポリシーに従って使用されます。当社のプライバシーポリシーは、pge.com/privacyをご覧ください。