



คำขอรับรองตนเองสำหรับโปรแกรม Medical Baseline

ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลบัญชีและข้อมูลลูกค้า (โปรดเขียนด้วยบรรจง)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

หมายเลขบัญชีลูกค้าของ PG&E

ชื่อและนามสกุลของลูกค้า (ตามที่ระบุในใบเรียกเก็บเงินของ PG&E)

ชื่อและนามสกุลของผู้พำนักอาศัยที่มีภาวะทางการแพทย์ (ลูกค้าหรือผู้ที่มีถิ่นที่อยู่ประจำในที่อยู่ให้บริการ)

ที่อยู่ที่ใช้บริการ หมายเลข APT

เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ไปรษณีย์ของลูกค้า (หากไม่ใช่ที่อยู่ที่ใช้บริการ) หมายเลข APT

เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์บ้านของลูกค้า หมายเลขโทรศัพท์มือถือของลูกค้า

อีเมลของลูกค้า

ขั้นตอนที่ 2 สำหรับลูกค้าที่เรียกเก็บเงินโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ PG&E

ชื่อบ้านเคลื่อนที่หรือคอมพิวเตอร์เมนด

ที่อยู่ของพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้จัดการพาร์ตเมนต์ หมายเลขโทรศัพท์ของพาร์ตเมนต์

ชื่อผู้อยู่อาศัย หมายเลขโทรศัพท์ของผู้อยู่อาศัย

ขั้นตอนที่ 3 ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อในกรณีไฟฟ้าดับหรือการสื่อสารเกี่ยวกับโปรแกรม Medical Baseline อื่น ๆ (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่า PG&E มีข้อมูลติดต่อที่คุณต้องการให้ติดต่อที่ถูกต้อง เพื่อให้เราสามารถติดต่อคุณเพื่อแจ้งให้ทราบถึงการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ (PSPS) ที่วางแผนไว้หรือสถานการณ์อื่น ๆ ที่อาจทำให้ไฟฟ้าดับล่วงหน้าได้ในบางสถานการณ์ เราอาจส่งจดหมายเพื่อแจ้งให้ทราบ ทั้งนี้ เราจะใช้วิธีการติดต่อทั้งหมดในระหว่างที่มีการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ

ข้อมูลติดต่อที่ต้องการให้ติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์: _____

หมายเลขโทรศัพท์มือถือสำหรับส่งข้อความ: _____

อีเมล: _____

ข้อมูลติดต่อสำหรับลูกค้าที่สูญเสียการได้ยิน/มีความบกพร่องทางการได้ยินโดยใช้ TTY ที่หมายเลขโทรศัพท์: _____

TTY เป็นอุปกรณ์โทรคมนาคมเฉพาะสำหรับผู้สูญเสียการได้ยินและมีความบกพร่องทางการได้ยิน

ข้าพเจ้าเข้าใจและตกลงว่า:

1. หากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับรองว่าภาวะทางการแพทย์ของผู้อยู่อาศัยเป็นอาการถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกแบบฟอร์มทุกสองปีเพื่อรับรองตนเองว่าผู้อยู่อาศัยยังคงมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรม Medical Baseline
2. หากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับรองว่าภาวะทางการแพทย์ของผู้อยู่อาศัยไม่ใช่อาการถาวร PG&E กำหนดให้ต้องกรอกแบบฟอร์มทุกปีเพื่อรับรองตนเองว่าผู้อยู่อาศัยยังคงมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรม Medical Baseline และกรอกใบสมัครใหม่ รวมทั้งมีใบรับรองของผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทุกสองปี
3. ลูกค้าที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นสามารถติดต่อ PG&E เพื่อร้องขอการแจ้งเตือนในรูปแบบอื่นเมื่อมีการส่งประกาศแจ้งสำหรับการรับรอง
4. PG&E ไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะมีการให้บริการแก๊สและไฟฟ้าได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดชะงัก ข้าพเจ้ามีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมวิธีการอื่นในกรณีที่ก๊าซหรือไฟฟ้าดับ
5. นอกจากนี้ ลูกค้ายังอาจได้รับสิทธิประโยชน์จากโปรแกรมประหยัดพลังงาน เช่น Energy Upgrade California[®] Home Upgrade โปรแกรม Energy Savings Assistance สำหรับลูกค้าที่มีรายได้ตามเกณฑ์จะให้ความช่วยเหลือโดยไม่คิดค่าบริการสำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดเข้าไปที่ pge.com/saveenergy
6. PG&E อาจเปิดเผยข้อมูลติดต่อของข้าพเจ้ากับองค์กรต่าง ๆ เช่น หน่วยงานรับมือเหตุฉุกเฉินของรัฐและท้องถิ่น เพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ PG&E และข้าพเจ้าเป็นการส่วนตัวในระหว่างที่ไฟฟ้าดับเป็นระยะเวลานาน เพื่อดูแลความปลอดภัยและความเป็นอยู่ของข้าพเจ้า
7. เงินช่วยเหลือมาตรฐานของ Medical Baseline ให้ใช้พลังงานได้พิเศษในราคาที่ดีที่สุด เงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายของ Medical Baseline จะเป็นส่วนที่เพิ่มจากการจัดสรรพื้นฐานตามแผนอัตรามาตรฐานของคุณ สำหรับไฟฟ้า คือ 16.438 kWh ต่อวัน (ประมาณ 500 kWh ต่อเดือน) ซึ่งจำนวนเงินเพิ่มเติมจะเท่ากับปริมาณการใช้ไฟฟ้าในครัวเรือนโดยเฉลี่ยต่อวัน สำหรับแก๊ส คือ 0.82192 เทอร์ม ต่อวัน (ประมาณ 25 เทอร์ม ต่อเดือน) ซึ่งจำนวนเงินเพิ่มเติมจะเท่ากับสามในสี่ของปริมาณการใช้แก๊สในครัวเรือนโดยเฉลี่ยต่อวัน หากเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายของ Medical Baseline ไม่เป็นไปตามความต้องการพลังงานทางการแพทย์ของคุณ โปรดติดต่อ PG&E ที่ 1-800-743-5000 ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรม Medical Baseline ได้ที่ pge.com/medicalbaseline

คุณสามารถรับรองตนเองได้ที่ pge.com/selfcertify หากคุณสมัครให้แก่ผู้มีถิ่นที่อยู่ใหม่ซึ่งมีภาวะทางการแพทย์เรื้อรังสมัครได้ที่ pge.com/medicalbaseline. คุณสามารถส่งใบสมัครทางจดหมายไปที่: PG&E Billing Center Medical Baseline, P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

ขั้นตอนที่ 4 การลงลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้อยู่อาศัยในโปรแกรม Medical Baseline ได้พำนักอาศัยอยู่ ณ ที่อยู่นี้ตลอดเวลา และจำเป็นต้องเข้าร่วมหรือต่ออายุโปรแกรม Medical Baseline ข้าพเจ้าอนุญาตให้ PG&E ตรวจสอบข้อมูลนี้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังตกลงที่จะแจ้งให้ PG&E ทราบในทันทีว่าผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิ์ได้ย้ายที่อยู่ หรือผู้อยู่อาศัยไม่มีความจำเป็นต้องเข้าร่วมในโปรแกรม Medical Baseline อีกต่อไป

ลงนาม

ลายมือชื่อของลูกค้า

วันที่

เอกสารอัตโนมัติ, คำชี้แจงเบื้องต้น, ส่วน A

ข้อมูลทั้งหมดรวมในใบสมัครนี้จะถูกนำไปใช้ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของ PG&E นโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนที่มีเผยแพร่ที่ pge.com/privacy