



您知道吗？

从新生儿到老年人，有超过 50,000 客户可合格享用我们的计划。任何因病需使用某些医疗设备或空间供暖或空调的人士均可能合格。我们知道，这些人士需要更多能源用量，因此我们提供此计划来帮助减少每月的账单支出。

San Diego Gas & Electric® (SDG&E®) 致力为一些仰赖生命支持设备或特殊环境条件的人士提供安全可靠的能源。医疗基准津贴计划能帮助客户节省每月的能源账单费用。

什么是医疗基准津贴计划？

医疗基准津贴计划以最优惠价格为居民客户提供额外的燃气和电力，但其并非折扣或返利。

除了常规的基准分配以外，可从该计划获得每天 16.5 千瓦时的电力或 0.822 千卡的天然气，或两者兼得。

谁有资格参与本计划？

任何有合格医疗需求的人士均可申请本项津贴。您或您家中的全日制居民必须满足以下其中一项要求才算合格：

- 由于患有截瘫、四肢瘫痪、偏瘫、多发性硬化症、硬皮病、免疫系统障碍、危及生命的病症，或为了防止某个病症恶化等情况，需要使用永久性空间供暖或空调。
- 需要使用以下任一设备：
 - 气溶胶帐篷
 - 呼吸暂停监护仪
 - 持续正压通气机 (CPAP)
 - 血液透析机
 - 肾脏透析机
 - 吸痰机
 - 间歇式正压呼吸 (IPPB) 机
 - 静电雾化器
 - 超声波雾化器
 - 压力泵
 - 压力垫
 - 压缩机
 - 电动神经刺激器
 - 电动轮椅



- 铁肺
- 呼吸器
- 制氧机

有些设备不享受此津贴计划，包括漩涡泵、加热垫、空气过滤器、蒸发器、加湿器、水池或水箱加热器、桑拿浴室或热水浴缸，但其他用电设备可能合格。

如果我是向房东支付能源费用怎么办？

即使您是通过房东或业主支付能源账单，亦可申请医疗基准津贴计划。如果您的房东或业主为您提供能源账单，该账单将另获津贴。

我需要将我的申请续期吗？

我们偶尔可能要求您续期您的医疗基准津贴申请。我们要求您这样做时，会寄给您一份续期通知。

我还有其他责任吗？

如您获享此津贴，需要承担一定的责任。

- 虽然我们竭尽所能避免停电，但我们无法保证永远不会停电。如要停电，我们会尝试在州府指令的停电前先通知您。不过，若您需使用生命支持设备，您应安排好应对停电的备用电源。如果您要在停电时使用发电机，根据州法律规定，您需要打电话通知我们您有发电机。

续正面

- 您需负责在收到邮寄的 SDG&E 账单 19 天内付费。若您认为可能难以支付您的账单，请立即致电我们的客户联络中心。若您未及时支付 SDG&E 账单或未作出适宜的付款安排，我们可能停止为您提供能源服务。
- 若您不再需要使用医疗设备，或使用该医疗设备的人士已不住在津贴计划所登记的地址，您也有责任通知我们。
- 若您已搬家，请通知我们，因为您的津贴计划不会自动随行迁移。

如何申请？

申请本计划十分简单。

1. 您需要填好申请表的第 1 部分。
2. 请一位持照的执业医师*核实您的病症、需用的设备或两者兼核，接着填妥第 2 部分并签名。
3. 通过邮寄、传真或电子邮件（申请表上全有）将第 1 部分和第 2 部分送达 SDG&E。

我们会在收到申请表后的 30 天内处理好您的申请。请保留您的申请书副本以作记录。

联络我们

若想获取有关本医疗基准津贴计划或我们其他服务的更多信息，请致电 **1-800-411-7343** 或发送电邮至 medicalbaseline@sdge.com 与我们联系。您也可以浏览我们的网站 sdge.com/Chinese。医疗基准津贴计划申请表可以从我们的网站下载，有英文、西班牙文、中文、越南文、塔加洛文和大字体版本可选用。

有用的其它服务

SDG&E 提供多种多样的服务，可帮助您支付账单：

第三方提醒

如果您或您认识的人士需要额外提醒以便支付 SDG&E 账单，请使用我们的“第三方通知”服务。使用这项服务时，我们会在您未及时付款的情况下通知您选择的第三方。这有助于避免任何服务中断。如需注册此计划，请致电 **1-800-411-7343** 或访问 sdge.com/Chinese。

平摊付费计划 (LPP)

如果您希望每月的能源账单更便于精准预测，我们的 LPP 可免费提供帮助。此计划帮助您均匀平摊每月的账单费用波动。此类高低波动是因天气及使用设备的方式变动所致。

LPP 将以 12 个月为单位，平摊您全年的能源用量及费用。您每月将支付平均账单的金额，而不是实际的费用。如需申请此计划，请致电 **1-800-411-7343** 或访问 sdge.com/Chinese 并点击网上注册链接。

缴费处

您也可在我们任何分支机构或整个地区的任何一个独立账单缴费点支付您的账单。请致电 **1-800-411-7343** 查询缴费处地址。

关怀 (CARE) 计划

如果您的家庭符合要求，您可能有资格获得每月 SDG&E 账单折扣。请致电 **211** 或访问 sdge.com/Chinese 提出申请。您将需要提供您的账号。

节能援助计划

此计划对租客和房主提供免费的房屋节能改造服务及新器具，以帮助他们节省金钱并生活得更舒适。**

请访问 sdge.com/Chinese 或致电 **1-866-597-0597**。

TDD/TTY

SDG&E 为有听力障碍的人士提供了 TDD/TTY 专线 **1-877-889-7343**，便利其致电。

* 持照的执业医师 (M.D.)、骨科医生 (D.O.)、执业护士或医生助手可证明患者是否符合资格（患有可能危及生命的病症或疾病）。

** 之前参与过此计划的房屋可能无法再额外参与此计划。

MEDICAL BASELINE ALLOWANCE APPLICATION

(用于医疗基准津贴计划注册及重新认证)

**重要提示：正反面均要提交。
必须填好全表，否则不予受理。**

第 1 部分：客户填写 (请以正楷填写)

SDG&E 客户账号：	电邮地址：		
客户姓名 (与账单上的相符)：			
患者姓名 (若与客户姓名不同)：			
接受服务的地址：	单元/空间：	城市：	
客户的邮寄地址 (若与上述地址不同)：			
住家电话：()	手机号码：()		

对于非 SDG&E 直接收款的其他客户：

活动房屋或公寓大楼的名称：			
大楼地址：	单元/空间：		
大楼经理的姓名：	大楼电话：	()	
租户姓名：	租户电话：	()	

为了您的安全，请务必提供您的正确联络信息，以便发生停电或紧急状况时可以联系到您。若需核对或更新您的联系信息，请访问 sdge.com/myaccount (登录您的“My Account [我的帐户]”个人资料，在主页右上角点击您的个人资料名称，接着点击“My Profile [我的个人资料]”) 或致电 **1-800-411-7343**。

我明白：

- 如经持照执业医师*核实住户的病症属永久病症，SDG&E 将要求住户每两年填写一份自证符合资格继续获得医疗基准津贴的表格。
- 如经持照执业医师*核实住户的病症不属永久病症，SDG&E 将要求住户每年填写一份自证符合资格继续获得医疗基准津贴的表格，并每两年填写一份附有持照执业医师*认证的新申请表。
- 如果住户患有视力残疾，则我可以联络 SDG&E 以提请在需要重新认证 (以便填写一份附有持照执业医师*认证的新申请表) 时或自证表格已邮出时获得特别通知。
- SDG&E 无法保证燃气和电力供应服务一定不会中断，而我负责在停供燃气或停电时作出其他相应安排。

我证明上述信息正确无误。我也证明，该合格住户全日在此地址居住，并要求或继续要求享用医疗基准津贴。我同意 SDG&E 核实这些信息。我也同意，如果合格住户已搬家或其不再需要医疗基准津贴，会及时通知 SDG&E。签名于下即表示，我授权 SDG&E 将我的客户信息分享给其他公用事业机构和/或其代理，使他们可将我注册以便享用其他公用事业援助计划。

如果市、县、州和联邦级别的应急服务专业人员和机构为了管理能源供应中断事项以及规划和管理紧急事态而要求提供信息，我也授权 SDG&E 分享有关我参与 SDG&E 医疗基准津贴计划的信息，包括但不限于，我的姓名、地址、联系信息、线路数据、如本表所述的医疗基准津贴计划注册状态和医疗设备需求。

客户签名：	日期：
-------	-----

常规的医疗基准津贴为每天 16.5 千瓦时的电力和/或 0.822 千卡的天然气，这些是加诸于您平日常规基准分配额度之上的优惠额度。如果此津贴额度满足不了您的医疗需求，请致电 **1-800-411-7343** 与 SDG&E 讨论能否获得更多津贴额度。

MEDICAL BASELINE ALLOWANCE APPLICATION

(Used for Medical Baseline Allowance Program Enrollment and Recertification)

The standard medical baseline allowance is 16.5 kilowatt-hours of electricity and/or 0.822 therms of natural gas per day, which is in addition to your daily standard baseline allocation. If this allowance does not meet your medical needs, please contact SDG&E at **1-800-411-7343** to discuss additional amounts.

第 2 部分: 持照的执业医师填写*

Part 2: To be completed by a licensed Medical Practitioner* (all of sections 1-5 must be filled out)

I certify the medical condition and needs of my patient (please print):

Patient's Last Name:		First Name:	
Customer Address:			

1. Requires use of a medical device.

The following medical devices are used in the above-named patient's home:

Device:		<input type="checkbox"/> Electricity	<input type="checkbox"/> Gas
Device:		<input type="checkbox"/> Electricity	<input type="checkbox"/> Gas
Device:		<input type="checkbox"/> Electricity	<input type="checkbox"/> Gas

2. The medical device(s) listed above are required for life support (must check one) Yes No

A qualifying life support device is any medical device used to sustain life or is relied upon for mobility. This device must run on gas or electricity supplied by SDG&E. It includes, but is not limited to, respirators (oxygen concentrators), iron lungs, hemodialysis machines, suction machines, electric nerve stimulators, pressure pads and pumps, aerosol tents, electrostatic and ultrasonic nebulizers, compressors, IPPB machines, kidney dialysis machines and motorized wheelchairs. **Devices used for therapy rather than life support do not qualify.**

3. Requires heating and cooling.

The Medical Baseline Allowance is available for heating and/or cooling if the patient is paraplegic, quadriplegic, hemiplegic, has multiple sclerosis or scleroderma. The allowance is also available if the patient has a compromised immune system, life-threatening illness or any other condition for which **additional heating or cooling is medically necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition.**

Requires the standard Medical Baseline Allowance for heating: (check one) Yes No

Requires the standard Medical Baseline Allowance for cooling: (check one) Yes No

4. I certify that the medical device(s) and/or additional heating or cooling will be required for approximately:
(check one) No. of Years _____ or Permanently

5. How long can the patient survive without using life support equipment?

(check one) 2 Hours or Less or More than 2 Hours

Note: While we do our best to avoid outages, we cannot guarantee that the power will always be on. Outages happen. SDG&E will attempt to notify the patient in advance of a state-directed power outage. However, if the patient requires life support equipment, he/she should make arrangements for a backup power supply in case of an outage.

Licensed Medical Practitioner* Name:		Phone No.:	()
Office Address:			
Medical State License or Military License Number:			
Signature of Licensed Medical Practitioner*:		Date:	

MAIL APPLICATION TO:

Medical Baseline Allowance Program Manager
San Diego Gas & Electric | P.O. Box 129831 | San Diego, CA 92112-9831
Fax: 1-858-636-5749 Email: medicalbaseline@sdge.com

IMPORTANT: SUBMIT BOTH PAGES FRONT AND BACK.

Please allow 30 days for us to process the application.

