



# Solicitud de subsidios de base médica

Para la inscripción y la recertificación

San Diego Gas & Electric® (SDG&E®) se dedica a suministrar energía segura y fiable a quienes dependen de equipos de soporte vital o necesitan condiciones ambientales especiales. El Programa de subsidios de base médica ayuda a los clientes a ahorrar mes a mes en su factura de energía.

## ¿En qué consiste el Programa de subsidios de base médica?

El Programa de Asignación de Línea Base Médica proporciona una cantidad adicional de gas y electricidad a las tarifas más bajas para los clientes residenciales bajo los horarios de tarifas aplicables. Además de su asignación estándar de línea base, la subvención recibida con el programa es de 16,5 kWh de electricidad por día o 0,822 termias de gas natural por día, o ambos. Los clientes residenciales de electricidad bajo los horarios de tarifas aplicables recibirán un descuento detallado en la factura.

## ¿Qué se considera soporte vital?

Un dispositivo de soporte vital apto es cualquier dispositivo médico utilizado para preservar la vida o del cual se depende para fines de movilidad. Este dispositivo debe funcionar con gas o electricidad suministrados por SDG&E o un agregador de opciones de la comunidad. Incluye, entre otros, respiradores (concentradores de oxígeno), pulmotores, máquinas de hemodiálisis, máquinas de succión, neuroestimuladores eléctricos, almohadillas de presión y bombas, mascarilla para terapia con aerosol, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, compresores, máquinas de respiración con presión positiva intermitente (Intermittent Positive Pressure Breath, IPPB), máquinas de diálisis renal y sillas de ruedas motorizadas. **No son aptos los dispositivos utilizados para tratamiento en vez de soporte vital.**

## ¿Quién es elegible?

Cualquier persona con una necesidad médica que califique puede solicitar el subsidio. También puede solicitarlo aunque pague la energía a través del arrendador o propietario de su vivienda. Si el arrendador o propietario le proporciona la factura de energía, en esta figurará el subsidio adicional.

## IMPORTANTE: INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Favor de leer cuidadosamente todas las preguntas de la página 5 antes de responder. Si hay información incompleta o faltante, la solicitud no se tendrá en cuenta. Para que se procese la solicitud, **LAS RESPUESTAS DEBEN ESTAR ESCRITAS EN LETRA DE IMPRENTA DE MANERA CLARA, DENTRO de cada cuadro de respuesta, y la solicitud DEBE ESTAR FIRMADA.** Utilice bolígrafo negro o azul oscuro, o bien lápiz negro. Borre o cubra con líquido corrector cualquier error por completo. No se aceptan respuestas tachadas. Guarde una copia de la solicitud completa para sus registros.

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

**Al firmar en la siguiente página, usted entiende lo siguiente:**

- Si un médico con licencia\* certifica que la afección médica del residente es **permanente**, SDG&E requerirá que se complete un formulario que autocertifique la elegibilidad continua del residente para el subsidio de base médica cada **cuatro años**.
- Si un médico con licencia\* certifica que la afección médica del residente **no es permanente**, SDG&E requerirá que se complete una solicitud de renovación con la certificación de médico con licencia cada **dos años**.
- Si el residente tiene una discapacidad visual, puede comunicarse con SDG&E para solicitar una notificación especial cuando se envíe por correo el formulario de autocertificación o la solicitud de renovación con el formulario de certificación de un médico con licencia.
- SDG&E no puede garantizar un servicio ininterrumpido de gas y electricidad, y usted es responsable de tomar medidas alternativas en caso de que se produzca una interrupción del suministro de gas o de electricidad.

Usted autoriza a SDG&E a compartir su información con respecto a su participación en el Programa de subsidios de base médica de SDG&E. Esta información incluye, entre otros datos, su nombre, dirección, información de contacto, datos del circuito, estado de inscripción en el Programa de subsidios de base médica y necesidades de equipos médicos según se describe en este formulario si lo solicitan proveedores de servicios de emergencia y organismos de la ciudad, del condado, del estado y del país con el fin de gestionar cortes de energía y permitir que dichas partes planifiquen y gestionen situaciones de emergencia.

## Información de contacto del cliente

Por su seguridad, es importante que tengamos su información de contacto correcta en caso de interrupción o emergencia. Para comprobar o actualizar su información de contacto, visite **MyEnergyCenter.com** (inicie sesión en su perfil de "My Account" [Mi cuenta], en la página de inicio haga clic en el nombre de perfil en la esquina superior derecha y, luego, haga clic en "My Profile" [Mi perfil]) o llame al **1-800-411-7343**.

Si bien hacemos todo lo posible para evitar interrupciones, no podemos garantizar el suministro eléctrico constante. Las interrupciones ocurren. SDG&E intentará notificar al paciente con antelación sobre una interrupción del suministro eléctrico ordenada por el estado. **Sin embargo, si el paciente necesita equipo de soporte vital, debe prever una fuente de suministro eléctrico de respaldo en caso de que ocurra una interrupción.**

## Contacto - TDD/TTY

Si desea obtener más información sobre el Programa de subsidios de base médica o cualquiera de los servicios que ofrecemos, comuníquese con SDG&E al **1-800-411-7343** o por correo electrónico a [medicalbaseline@sdge.com](mailto:medicalbaseline@sdge.com). También puede visitarnos en **sdge.com/MedicalBaseline**. Para las personas con discapacidad auditiva, SDG&E ofrece la línea TDD/TTY al **1-877-889-7343**.

## Dirección a la cual enviar la solicitud completa:

Medical Baseline Allowance Program  
San Diego Gas & Electric  
P.O. Box 129831  
San Diego, CA 92112-9831

**Obtenga más información sobre otros programas y servicios en [sdge.com/asistencia](http://sdge.com/asistencia).**



# Solicitud de subsidios de base médica

Para la inscripción y la recertificación



**POR FAVOR FIRME CLARAMENTE CON TINTA OSCURA DENTRO DEL CUADRO DE FIRMA.** De lo contrario, se pueden producir errores en la solicitud. Borre o cubra con líquido corrector cualquier error por completo. Envíe este formulario a la dirección que figura en la página 1. **No se aceptan fotocopias.**

## PARTE 1: PARA QUE COMPLETE EL CLIENTE (en letra de imprenta)

Número de cuenta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Indique los 12 primeros dígitos impresos en la factura (incluidos los 0 iniciales)	
Nombre del titular de la cuenta: <small>O nombre del solicitante, si no le factura SDG&amp;E</small>	<input type="text"/>						Apellido del titular de la cuenta: <small>O nombre del solicitante, si no le factura SDG&amp;E</small>	<input type="text"/>					
Nombre del paciente: <small>Si es diferente del anterior</small>	<input type="text"/>						Apellido del paciente: <small>Si es diferente del anterior</small>	<input type="text"/>					
Si no se le factura a SDG&E, indique el nombre de la casa rodante o del complejo de apartamentos:	<input type="text"/>												

Indique la dirección en la que recibe el servicio de electricidad o gas a continuación. Si no le factura SDG&E, indique la dirección de la casa rodante o del complejo de apartamentos a continuación.

Dirección del servicio:	<input type="text"/>	Unidad:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	---------	----------------------	---------	----------------------

Certifico que la información anterior es correcta y que el residente que solicita el subsidio de base médica vive de manera permanente en esta dirección y requiere o sigue requiriendo el subsidio. Autorizo a SDG&E a comprobar esta información y a notificar inmediatamente a SDG&E si el residente elegible se muda o deja de necesitar el subsidio de base médica. Al firmar a continuación, también reconozco y acepto los términos y condiciones adicionales que figuran en la primera página de este formulario.

Firma del cliente:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	--------	----------------------

## PART 2 - TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER\*

\*A licensed Medical Doctor (M.D.), Doctor of Osteopathy (D.O.), Nurse Practitioner or Physician Assistant may certify a patient's eligibility.

Licensed Practitioner Name:	<input type="text"/>	Medical License Number:	<input type="text"/>
Office Address:	<input type="text"/>	Phone Number:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Please print **YES** inside the box for all electric-operated devices required for the patient. Leave box **blank** for any devices inapplicable to the patient.

**DO NOT PUT ANY CHECKMARKS OR X'S INSIDE THE BOXES.**

Apnea Monitor	<input type="text"/>	Air Mattress or Hospital Bed	<input type="text"/>	Compressors	<input type="text"/>	Cough Assist Vest	<input type="text"/>	Defibrillator	<input type="text"/>
Electric Nebulizer	<input type="text"/>	Electric Nerve Simulator	<input type="text"/>	Feed Pump	<input type="text"/>	Hemodialysis Machine	<input type="text"/>	Infusion Pumps	<input type="text"/>
IPPB Machines	<input type="text"/>	Kidney Dialysis	<input type="text"/>	Motorized Wheelchair	<input type="text"/>	Oxygen Concentrator (OC)	<input type="text"/>	Pacemaker Monitor	<input type="text"/>
Pressure Pads	<input type="text"/>	Pressure Pumps	<input type="text"/>	Respirator	<input type="text"/>	Suction Machine	<input type="text"/>	Ultrasonic Nebulizer	<input type="text"/>
Other Electronic Devices:	<input type="text"/>								

Please clearly print **YES** or **NO** for all the questions below.

Are any of the devices above required for life support?	<input type="text"/>	Can the patient survive more than 2 hours without using life support equipment?	<input type="text"/>
Is additional heating necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition?		<input type="text"/>	
Is additional cooling necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition?		<input type="text"/>	
Are any of the medical devices above and/or additional heating or cooling required for the patient permanently?			
<input type="text"/>			

I CERTIFY THE MEDICAL CONDITION AND NEED OF MY PATIENT. By typing your name below, you are signing this application electronically. You agree that your electronic signature is the legal equivalent of your manual signature on this application. Medical license and signature must match medical provider name.

Signature of Licensed Practitioner*	<input type="text"/>	Date:	<input type="text"/>
-------------------------------------	----------------------	-------	----------------------

