

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低价格为属于适用费率计划的住宅用户提供额外的燃气和电力。除了常规的基准分配外，您还可以通过该计划获得每天 16.5 千瓦时的电力或 0.822 千卡的燃气，或两者兼得。属于适用费率计划的住宅电力用户将获得逐项列出的折扣。

什么是合格的生命支持设备？

合格的生命支持设备是指用以维持生命或依赖它才能行动的任何医疗设备。此类设备必须使用 SDG&E 或社区选择聚合商供应的燃气或电力运行。其包括但不限于呼吸机（制氧机）、铁肺、血液透析机、吸痰机、电动神经刺激器、压力垫和压力泵、气溶胶塞条、静电雾化器和超声波雾化器、压缩机、IPPB 机、肾脏透析机和电动轮椅。**用于治疗而非生命支持的设备则不合格。**

谁有资格申请？

任何有合格医疗需求的人士均可申请本项津贴。即使您是通过房东或业主支付能源账单，您也可以申请。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。

客户联系信息

为了您的安全，请务必提供您的正确联系信息，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，请登录 **MyEnergyCenter.com**（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**。

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，SDG&E 会尝试在州府指令的停电前先通知患者。**不过，若患者需使用生命支持设备，其应安排好应对停电的备用电源。**

联系我们

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** 或发送电子邮件至 medicalbaseline@sdge.com 与我们联系。您也可以浏览我们的网站 sdge.com/MedicalBaseline。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。

请将已填写完成的申请表邮寄至：

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

请访问 sdge.com/assistance，了解有关其他计划和服务的更多信息。

重要提示：填表须知

填表之前，请仔细阅读下一页的所有问题。信息不完整或缺失将导致申请无法受理。为了使申请能够被受理，**请务必用印刷体在每个回答框内填写并在申请表上签名。**请用黑色或深蓝色钢笔或深色铅笔填写。如有任何错误，请全部擦除或涂白。划掉的内容无效。请保留一份填妥的申请表副本，以作记录。

条款和条件

在下一页签名即表示您理解：

1. 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**四年**填写一份自证符合资格继续获得医疗基准津贴的表格。
2. 如经持照执业医师*核实住户的病症**不属于永久病症**，SDG&E 将要求住户每**两年**填写一份附有持照执业医师认证的续期申请表。
3. 如果住户有视力障碍，则您可以联系 SDG&E 以提请在自证表格或附有持照执业医师认证的续期申请表已邮出时获得特别通知。
4. SDG&E 无法保证燃气和电力供应服务一定不会中断，因此，您需要负责在停供燃气或停电时做出其他相应安排。

如果市、县、州和联邦级别的应急服务服务者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，您授权 SDG&E 分享有关您参与 SDG&E 医疗基准津贴计划的信息，包括但不限于您的姓名、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。



医疗基准申请

注册和重新认证



请在签名方框内用深色墨水清晰签字。若不然，可能会导致申请错误。如有任何错误，请全部擦除或涂白。请将此申请表邮寄至第1页上的地址。不接受复印件。

第1部分 - 客户填写 (请用印刷体填写)

账号:	<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"/>	请提供账单上的前 12 位数字 (包括任何前导 0)	
账户持有人的名字: <small>或申请人的名字 (如果不是由 SDG&E 开具账单)</small>	<input type="text"/>						账户持有人的姓氏: <small>或申请人的姓氏 (如果不是由 SDG&E 开具账单)</small>	<input type="text"/>					
患者名字: <small>(如果与上述名字不同)</small>	<input type="text"/>						患者姓氏: <small>(如果与上述姓氏不同)</small>	<input type="text"/>					
如果未向 SDG&E 缴费, 请提供 移动房屋或公寓大楼的名称:													

请在下面提供您接受电力和/或燃气服务的地址。如果不是由 SDG&E 开具账单, 请在下面提供您的活动房屋或公寓大楼的地址。

接受服务的地址:	<input type="text"/>	单元:	<input type="text"/>	城市:	<input type="text"/>
----------	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

本人证明, 以上信息准确无误, 该医疗基准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。本人同意允许 SDG&E 验证此类信息, 并同意在合格住户搬迁或不再需要医疗基准津贴时立即通知 SDG&E。在下面签名即表示本人还承认并同意此申请表第一页所列的附加条款和条件。

客户签名:	<input type="text"/>	日期:	<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?			
Is additional cooling necessary to sustain the patient's life or prevent deterioration of the patient's medical condition?			
Are any of the medical devices above and/or additional heating or cooling required for the patient permanently?			

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"/>
-------------------------------------	----------------------	-------	----------------------

