

# 醫療基綫優惠計劃

**San Diego Gas & Electric® (SDG&E®)** 致力為一些仰賴生命支持設備或特殊環境條件的人員提供安全可靠的能源。醫療基綫優惠計劃能幫助客戶節省每月的能源帳單。

## 什麼是醫療基綫優惠計劃？

醫療基綫優惠計劃以最優惠價格為居民提供額外的天然瓦斯和電力。但這並非折扣或回贈。

除了標準的基綫分配以外，每天可獲得的優惠為 16.5 千瓦時的電力或 0.822 千卡的天然瓦斯，或兩者兼有。

## 誰有資格參與此計劃？

任何符合認可醫療需求的人員均可申請優惠。要成功獲取資格，您或您的全職居民必須符合下列其中一項要求：

- 由於患有截癱、四肢癱瘓、偏癱、多發性硬化症或硬皮病，或免疫系統受損或危及生命的病症，需要永久性空間暖氣或空調。
- 需要以下任何其中一種設備：
  - 氣溶膠帳篷
  - 暫停呼吸監視器
  - 持續氣路壓力機 (CPAP)
  - 血液透析機
  - 腎臟透析機
  - 吸水機
  - IPPB 儀器
  - 靜電噴霧器
  - 超聲波霧化器
  - 壓力泵

「從新生兒到老年人，有超過 30,000 個客戶有資格享受我們的計劃。任何人由於病症而需用某些醫療設備或需要空間暖氣或空調的，均符合資格。我們知道這些人員需用更多能源。因此，我們提出此計劃幫助他們減少每月的帳單開支。」

- Rebecca Baez  
醫療基綫優惠計劃經理



Alton, SDG&E employee

即使不工作的時候，我也會主動向客戶宣傳我們的「醫療基綫優惠計劃」等各種項目。若您有符合條件的醫療需求，現在申請手續已經十分方便，同時也有助於減少您每月的能源開支。 Alton, SDG&E employee

- 壓力墊
- 壓縮機
- 神經電刺激器
- 電動輪椅
- 鐵肺
- 呼吸儀器
- 制氧機

但有些設備並不符合此優惠計劃，包括：漩渦泵、加熱墊、空氣過濾器、蒸發器、加濕器、池或水箱加熱器、桑拿浴室或熱水浴缸。但其他用電設備可能符合資格。

## 如果我是向房東支付能源帳單該怎麼辦？

即使您透過房東或業主支付帳單，亦可申請醫療基綫優惠計劃。如果您的房東或業主為您提供帳單，該帳單將獲得額外優惠。

## ▶ 我需要更新我的申請嗎？

有時候，我們可能需要您更新醫療基線優惠申請。需要時，我們將寄給您一份續約通知。

## 我還有其他責任嗎？

如您獲得此優惠，需負一定的責任。

- 雖然我們竭盡所能避免停電發生，但我們不能保證永遠不會停電。如果要停電，SDG&E 會嘗試在停電前先通知您。不過，若您需使用生命支持設備，您應準備備用電源，如此便於在停電時作出安排。如果您要在停電的情況下使用發電機，根據州法律規定，您需要事先打電話通知我們。
- 您有責任在收到 SDG&E 帳單 19 天內支付帳單。若您支付帳單有任何困難，請立即致電我們的客戶聯絡中心。若未及時支付 SDG&E 的帳單或作出合適的付款安排，您的服務可能會被終止。
- 如果您不再需要醫療設備或使用儀器的人員已不在上述地址居住，您有責任通知我們。
- 若您已搬遷，請通知我們，因為您的優惠計劃是不會自動轉移的。

## 如何申請？

申請程序十分簡單。

1. 您需要填寫申請表格的第 1 部份。
2. 請您的醫生確認（您的病症情況、需用的設備或兩者），填寫第 2 部份並簽名。
3. 填妥並透過郵遞件、傳真或電子郵件寄回第 1 部分和第 2 部分給 SDG&E（全部包含在申請表內）。

在收到申請後的 30 天之內，將處理您的申請。請為您的申請備份。

## 聯絡我們

如您對醫療基線優惠計劃或我們其他的服務感興趣，請聯絡 SDG&E **1-800-411-7343** 或電郵至 [medicalbaseline@sdge.com](mailto:medicalbaseline@sdge.com)。您也可以瀏覽我們的網站 [sdge.com/Chinese](http://sdge.com/Chinese)。醫療基線優惠計劃申請表可於我們的網站下載（提供英文、西班牙文、越南文和其他大語種）。

## 其他有用服務

SDG&E 提供一系列服務，可幫您支付帳單：

### 第三方提醒

若您或您認識的人需要額外的 SDG&E 付帳提醒，請使用我們的第三方通知服務。使用這項服務時，我們將會在您的付款期已過時通知您所選擇的第三方。這可幫助避免任何服務終止的可能。如需申請，請致電 **1-800-411-7343** 或瀏覽 [sdge.com/Chinese](http://sdge.com/Chinese)。

### 平均付費計劃 (LPP)

如果您希望每月的能源帳單更加可預測，我們的 LPP 可免費提供幫助。此計劃幫助您平均每月的能源帳單。因天氣變化及使用設備的方式而會導致能源帳單的高低變化。

LPP 將以 12 個月為基準，平均您全年的能源使用量及成本。您將支付每月平均帳單的金額，而不是實際的費用。如需申請，請致電 **1-800-411-7343**，或瀏覽我們的網頁 [sdge.com/Chinese](http://sdge.com/Chinese) 並點擊網上申請連結。

### 收費處/收費站

您也可在我們任何一間收費處/收費站或獨立的帳單繳費地點支付帳單。請致電 **1-800-411-7343** 查詢收費處/收費站地址。

### CARE 計劃

如果您的家庭符合必要條件，可能有資格獲得每月 SDG&E 帳單折扣。請致電 **211** 或瀏覽我們的網頁 [sdge.com/Chinese](http://sdge.com/Chinese) 提交申請。您將需要使用您的帳號。

### 節能援助計劃

這項計劃面向租房者和房主\*，提供免費的過冬防護服務及新器具，節省他們的金錢，讓他們的生活更舒適。請瀏覽我們的網頁 [sdge.com/Chinese](http://sdge.com/Chinese) 或致電 **1-866-597-0597**。

**Energy Savings**  
.....  
**Assistance Program™**

### TDD/TTY

對於聽力障礙的人員，SDG&E 提供 TDD/ TTY。請致電 **1-877-889-7343** 聯絡我們。

\*只要住戶未曾享用此計劃。

# 醫療基線優惠申請

(用於醫療基線優惠計劃註冊和重新認證)

## 第一部份：供顧客填寫 (以正楷填寫)

SDG&E® 客戶帳號：			
客戶姓名 (與帳單上相同)：			
病人姓名 (若與客戶姓名不同)：			
服務地址：	單元位置：	城市：	
客戶郵遞地址 (若與上述不同)：			
家庭電話：	( )	電郵地址：	

### 對於 SDG&E 帳單以外的其他客戶：

家庭或公寓大樓的名稱：			
大樓地址：	單元位置：		
大樓經理的姓名：	大樓電話：	( )	
租戶姓名：	租戶電話：	( )	

### 在計劃內或輪流停電的情況下如何聯絡您？

只能選擇一個：

致電下列號碼，或

以 TDD/TTY 聯絡下列號碼，或

傳送文字訊息至下列號碼，或

傳送電郵至下列電郵地址

電話或電郵地址：

### 我了解：

- 如經醫生證明住戶的病症屬永久性，SDG&E 將需要住戶每兩年填寫一份表格以證明自己符合資格繼續獲得醫療基線優惠。
- 如經醫生證明住戶的病症並不屬於永久性，SDG&E 將需要住戶每年填寫一份表格以證明自己符合資格繼續獲得醫療基線優惠，並每兩年提供一次申請表及醫生認證。
- 如果住戶患有視力殘疾，當需重新認證時，我可以聯絡 SDG&E 要求特別通知 (填寫一份新的申請並附有醫生認證) 或郵寄自我認證表格。
- SDG&E 不能保證不間斷的天然瓦斯和電力供應服務，而我負責就瓦斯停供或停電作出其他適當安排。

我證明上述資料是正確的。我也證明全職符合資格住戶在上述地址居住，並要求繼續獲得醫療基線優惠。我同意讓 SDG&E 驗證此資訊。

我也同意，如果符合資格的住戶已搬遷或不再需要醫療基線優惠，將及時通知 SDG&E。在下面簽名表示，我授權 SDG&E 分享我的客戶資訊與其他公用事業公司和/或其代理，以便我申請參加其他公用事業的援助計劃。

客戶簽名：	日期：
-------	-----

醫療基線優惠標準為每天 16.5 千瓦時的電力和/或 0.822 千卡天然瓦斯，這些不會包含在您的日常標準基線分配中。如果這項優惠不能滿足您的醫療需求，請透過 **1-800-411-7343** 致電 SDG&E，討論額外的援助量。

# Medical Baseline Allowance Application

(Used for Medical Baseline Allowance Program Enrollment and Recertification)

## Part 2: To Be Completed by a Licensed Medical Doctor (M.D.) or Doctor of Osteopathy (D.O.)

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

Patient's Last Name:		First Name:	
----------------------	--	-------------	--

### 1. Requires use of a medical device.

The following medical device(s) is(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. 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

**3. The medical device(s) listed above are required for life-support\*** (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.**

**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 back-up power supply in case of an outage.

MD or DO Name:		Phone No.:	( )
Office Address:			
MD/DO State License or Military License Number:			
Signature of MD or DO (not PA or NP):		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](mailto:medicalbaseline@sdge.com)

