



Medical Baseline Programを利用するための自己証明

ステップ1 アカウントおよびお客様情報（ブロック体でご記入ください。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PG&Eお客様アカウント番号

お客様の姓名（PG&Eの請求書に記載される通り）

病状のある居住者の姓名
（ご利用先住所のお客様または常住者）

ご利用先住所 アパート番号

市 州 郵便番号

お客様の郵送先住所（ご利用先住所と異なる場合） アパート番号

市 州 郵便番号

お客様の自宅電話番号 お客様の携帯電話番号

お客様のEメールアドレス

ステップ2 PG&E以外から請求を受けるお客様について

集合住宅（モービルホーム/アパート）の名称

集合住宅の住所

集合住宅の管理者名 集合住宅の電話番号

入居者名 入居者の電話番号

ステップ3 停電またはMedical Baselineについてお伝えする時の連絡方法（ご希望の選択肢をすべて選択）

公共の安全のための計画停電（Public Safety Power Shutoff (PSPS)）やその他の停電につながる状況がある場合に事前にご連絡できるよう、PG&Eにお客様がご希望する連絡方法を必ずお知らせください。状況によっては郵送で連絡することもあります。以下のすべての方法でPSPS時にご連絡します。

ご希望の連絡方法

☐ 電話番号：_____

☐ テキスト送信・携帯番号：_____

☐ Eメールアドレス：_____

☐ 聴覚障がい者/難聴者向けテキスト電話（TTY）用の電話番号：_____

TTYは、聴覚障がい者や難聴者のコミュニケーションを可能にする特別な通信装置です。

私は以下の内容を理解し同意します。

1. 有資格の医療従事者によって居住者の病状が永続的であると証明された場合は、4年ごとに、その居住者のMedical Baseline Program継続資格を確認する自己証明書を作成し、PG&Eに提出する必要があります。
2. 有資格の医療従事者によって住居者の病状が永続的ではないと証明された場合は、2年ごとに、有資格の医療従事者による証明を得た新たな申請書を作成し、PG&Eに提出する必要があります。
3. 全盲または視力障がいをお持ちのお客様は、PG&E（1-800-743-5000）に連絡して、特別な形式で証明の通知を送信するようにリクエストできます。
4. PG&Eは、ガスと電気の継続した供給サービスを保証することはできません。私には、ガスや電気が停止した時の代替手段を手配する責任があります。
5. 利用者は、Energy Upgrade California® Home Upgradeなどのエネルギー節約プログラムの恩恵を受けることもできます。所得要件を満たす利用者は、Energy Savings Assistance（ESA：省エネ支援）プログラムを利用して無料で節約状況を改善することができます。詳細は pge.com/saveenergy をご覧ください。
6. 長期的な停電時に、PG&Eや私個人を支援し、私の安全と健康を守る目的で、PG&Eは私の連絡先情報を州や地元の緊急時初動対応機関などの組織と共有することがあります。
7. Baselineの料金が対象となるお客様は、認定された医療機器の支援として、追加で1日0.82192サームのガスおよび/または16.438kWhの電力供給を、現在のBaseline料金で受けることができます。Baselineなしの電気料金でご利用のお客様は、一律12%のD-MEDICAL割引を受けることができます。この**Medical Baseline Allowance**がお客様の医療用エネルギーニーズを満たさない場合は、**PG&E（1-800-743-5000）**までお電話ください。Medical Baseline Programについての詳細は、pge.com/medicalbaseline をご覧ください。

pge.com/selfcertify で自己証明を行うことができます。
・病状のある居住者を新たに申請する場合は、pge.com/medicalbaseline より申請してください。書面の申込書を郵送で提出する場合は、下記宛てにお送りください。PG&E Billing Center Medical Baseline, P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208.

ステップ4 署名

私は上記の情報が正しいことを証明します。私はまた、Medical Baseline居住者がこの住所に常時住み、Medical Baseline Programを必要としている、または引き続き必要とすることを証明します。私は、PG&Eがこれらの情報を確認することを許可します。また、私は資格要件を満たす居住者が転居した場合、あるいは**Medical Baseline program**を必要としなくなった場合には、**PG&E**に速やかに通知することに同意します。

署名

お客様ご署名

日付

自動ドキュメント、予備的ステートメント、パートA

本申込書で収集された情報は、PG&Eのプライバシーポリシーに従って使用されます。当社のプライバシーポリシーは、pge.com/privacy をご覧ください。