



# Solicitud de Extensión de la Tarifa Básica Asignada por Razones Médicas

Para inscribirse en dicha extensión y renovar la certificación

## PASO 1 Información del cliente (por favor escriba en letra de imprenta)

NO. DE LA CUENTA DEL CLIENTE DE PG&E

NOMBRE DEL CLIENTE (como aparece en su factura de PG&E)

NOMBRE DEL CLIENTE al que se extiende la tarifa básica por razones médicas (si es diferente)

DIRECCIÓN DONDE SE PRESTA SERVICIO NO. DEL DEPARTAMENTO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL DEL CLIENTE (si es diferente) NO. DEL DEPARTAMENTO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NO. DE TELÉFONO DEL HOGAR NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJO

## Entiendo que:

1. Si el médico certifica que la condición médica del residente es permanente, PG&E requerirá que cada dos años se complete un formulario certificando que el residente aún reúne las condiciones para recibir la extensión de tarifa básica por razones médicas.
2. Si el médico certifica que la condición médica del residente no es permanente, PG&E requerirá que se complete un formulario cada año, certificando que el residente aún reúne las condiciones para recibir la extensión de tarifa básica por razones médicas y que cada dos años se complete una nueva solicitud con certificación del médico.
3. Si el residente tiene una incapacidad visual, me comunicaré con PG&E para solicitar el envío del formulario de renovación (completar una nueva solicitud con certificación del médico) o del formulario de auto certificación, en un formato especial.
4. PG&E no puede garantizar que el servicio de gas y electricidad no sea interrumpido, y es mi responsabilidad hacer planes alternativos en casos de interrupciones en el servicio de gas o electricidad.

## PASO 2 Para clientes facturados por otro que no sea PG&E

NOMBRE DEL CONJUNTO DE CASAS MÓVILES O DE APARTAMENTOS

DIRECCIÓN DEL CONJUNTO

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL COMPLEJO NO. DE TELÉFONO DEL COMPLEJO

NOMBRE DEL INQUILINO NO. DE TELÉFONO DEL INQUILINO

## PASO 3 ¿Cómo prefiere ser contactado en caso de un apagón planeado y/o no planeado?

Por favor elija su(s) método(s) PREFERIDO(S) de contacto a continuación y provea toda la información de relevancia a un lado de su selección. (Seleccione hasta dos métodos). Usted también continuará recibiendo una carta por correo en ciertas situaciones de apagones.

### PREFERENCIAS DE CONTACTO EN CASO DE INTERRUPTIONES DE SERVICIO PLANEADAS

- Llámame por teléfono \_\_\_\_\_
- TDD/TTY: contactarme al teléfono \_\_\_\_\_
- Enviarme un texto al teléfono \_\_\_\_\_
- Enviarme un correo electrónico a \_\_\_\_\_

### PREFERENCIAS DE CONTACTO EN CASO DE INTERRUPTIONES DE SERVICIO NO PLANEADAS

- Llámame por teléfono \_\_\_\_\_
- TDD/TTY: contactarme al teléfono \_\_\_\_\_
- Enviarme un texto al teléfono \_\_\_\_\_
- Enviarme un correo electrónico a \_\_\_\_\_

## PASO 4 Firma

Certifico que la información proporcionada es correcta. Certifico además que el residente al que se extiende la tarifa básica por razones médicas vive en esta dirección en forma permanente, y necesita o continua necesitando que se le extienda la tarifa básica. Doy permiso para que PG&E verifique esta información. **Me comprometo también a notificar inmediatamente a PG&E si el residente calificado se muda o ya no necesita la extensión de la tarifa básica por razones médicas.**

**FIRME AQUÍ**

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

La extensión estándar de la tarifa básica por razones médicas es de 16.438 kilovatios-hora de electricidad y/o 0.82192 termias de gas natural por día, lo cual es adicional a su cuota diaria. Si este subsidio no reúne sus necesidades médicas, por favor contáctese con PG&E llamando al 1-800-660-6789 para solicitar cantidades adicionales.

continúa al dorso

**PASO 5 Para ser completado por un médico licenciado (M.D.) o un médico osteópata (D.O.)**

Certifico que por su condición médica y sus necesidades, mi paciente (por favor escriba en letra de imprenta):

\_\_\_\_\_

APELLIDO

\_\_\_\_\_

NOMBRE

**1. Requiere el uso de un dispositivo de soporte vital\*** (marque uno)

Sí  No

Los siguientes dispositivos de soporte vital son utilizados en el hogar del paciente antedicho:

Dispositivo: \_\_\_\_\_  Electricidad  Gas

Dispositivo: \_\_\_\_\_  Electricidad  Gas

Dispositivo: \_\_\_\_\_  Electricidad  Gas

\*Un dispositivo de soporte vital calificado es cualquier dispositivo médico utilizado para mantener signos vitales o en el que se confía para desplazarse. Este dispositivo debe alimentarse a gas o electricidad, abastecida por PG&E. Esto incluye, pero no se limita a, respiradores (concentradores de oxígeno), pulmones de acero, aparatos de hemodiálisis, aparatos de succión, estimuladores nerviosos eléctricos, almohadillas y bombas de presión, tiendas para inhalación de aerosol, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, compresores, respiradores con presión positiva intermitente (IPPB, por sus siglas en inglés), aparatos para diálisis renal, y sillas de ruedas motorizadas. **No clasifican los dispositivos que se empleen para terapia en lugar de soporte vital.**

**2. Requiere calefacción y refrigeración:**

Las extensiones estándar de tarifa básica por razones médicas se encuentran disponibles para calentar y/o enfriar si el paciente es parapléjico, cuadripléjico, hemipléjico, sufre de esclerosis múltiple, o esclerodermia. Estas extensiones también se encuentran disponibles para pacientes con sistemas inmunes comprometidos, enfermedades de riesgo mortal, o cualquier otra condición por la cual **calefacción o refrigeración adicional sea necesaria para mantener los signos vitales de una persona o evitar el deterioro de su condición médica.**

Necesita extensión estándar de la tarifa básica por razones médicas (**calefacción**): (marque uno)  Sí  No

Necesita extensión estándar de la tarifa básica por razones médicas (**refrigeración**): (marque uno)  Sí  No

**3. Certifico que los dispositivos de soporte vital y/o calefacción o refrigeración adicional serán necesarios aproximadamente:** (complete uno)

No. de años \_\_\_\_\_ o  Permanente

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_

NO. DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO

\_\_\_\_\_

CIUDAD

\_\_\_\_\_

ESTADO

\_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA DEL ESTADO (MD/DO) O DE LICENCIA MILITAR

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_

FECHA

**Envíe la solicitud a:**

**PG&E**  
**Credit and Records Center**  
**Medical Baseline**  
P.O. Box 8329  
Stockton, CA 95208

**UTILITY USE ONLY**

Date Received: \_\_\_\_\_

**Medical Baseline Allocation:**

Electric unit(s)  Gas unit(s)

**Recertification:**

Self-certify every 2 years

Self-certify annually; Doctor's certification every 2 years