

醫療用電補助申請表

(用於醫療用電補助註冊和重新認證)

第一部分：由客戶填寫(請以正楷填寫)

SCE 客戶帳號：																服務帳號：													
客戶姓名 (如帳單所示)：																													
住所中醫療用電補助病患姓名 (如果不同)：																													
服務地址：																													
客戶郵寄地址 (如果不同)：																													
住宅電話：	(		)	備用電話：	(		)																						

並非由 SCE 收取電費的客戶：

移動房屋或公寓大樓的名稱：																																	
大樓地址：																			單元/空間：														
大樓經理姓名：																			大樓電話：	(		)											
租戶姓名：																			租戶電話：	(		)											

SCE 醫療用電補助備用聯絡人資訊：

完成該申請表後，我們將自動透過電話向您通知計劃、非計劃和輪流停電。我們亦能透過電子郵件或簡訊向您通知停電。若您已收到我們的停電通知且想要繼續接收，或若您目前未收到停電通知，但想要接收，請在下方指出您想要接收停電資訊的首選方式：

☐ 電話 (請指明電話號碼)：	(		)																									
☐ 簡訊 (請指明電話號碼)：	(		)																									
☐ 電子郵件 (請指明電子郵件地址)：																												

客戶瞭解：

- ① 若醫生 (MD)、骨科醫生 (DO)、助理醫生 (PA) 或執業護士 (NP) 證明該居民的疾病是永久性的，則醫療用電補助居民必須每四年填寫一次表單，證明自己仍符合醫療用電補助資格。
- ② 若醫生 (MD)、骨科醫生 (DO)、助理醫生 (PA) 或執業護士 (NP) 證明該居民的疾病不是永久性的，則醫療用電補助居民必須每兩年提交一次新申請表並附帶醫生證明。
- ③ 若該居民視力受損，則客戶在郵寄重新認證 (填寫新申請表並附帶醫生證明) 或自我認證表單時可聯絡 SCE 請求特殊通知。
- ④ SCE 無法保證燃氣和電力服務不中斷，客戶負責做出斷氣或斷電時的備用安排。

本人證明上述資訊正確無誤。本人亦證明醫療用電補助居民一直在該地址居住，需要或繼續需要醫療用電補助。本人同意允許 SCE 驗證該資訊。本人亦同意，在符合資格的居民搬家或不再需要醫療用電補助時會立即通知 SCE。

客戶簽名：																			日期：月/日/年								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--

標準醫療用電補助是除標準基準之外，額外每天 16.5 度電 (每天 0.822 千卡燃氣)。若您採用無基準電費費率，您可能享有資格享受 11% 的固定折扣。若該補助不符合您的醫療需求，請致電 1-800-655-4555 聯絡 SCE 討論額外需求。

第二部分：由符合資格的醫生 (MD)、骨科醫生 (DO)、助理醫生 (PA) 或執業護士 (NP) 填寫**本人證明我的患者的疾病和需求** (請以正楷填寫)：

患者姓氏：		名字：	
-------	--	-----	--

1. 需要使用電氣醫療裝置 (選一項) ☐ 是 ☐ 否

上述患者在家中使用的下列電氣醫療裝置：

裝置：		☐ 電氣	☐ 燃氣
裝置：		☐ 電氣	☐ 燃氣
裝置：		☐ 電氣	☐ 燃氣

2. 需要供暖和冷卻：

倘若需要醫療裝置以維持患者的生命或防止疾病惡化，則標準醫療用電補助可用於供暖和/或冷卻。該裝置必須依靠 SCE 供應的燃氣或電力運作。用於治療的裝置不符合資格。

需要標準醫療用電補助進行供暖： (選一項) ☐ 是 ☐ 否**需要標準醫療用電補助進行冷卻：** (選一項) ☐ 是 ☐ 否**3. 患者是否正在接受臨終關懷：** (選一項) ☐ 是 ☐ 否**4. 設備是否用於維生目的：** (選一項) ☐ 是 ☐ 否**5. 本人證明該醫療裝置和/或額外供暖或冷卻需要使用大約：** (選一項)☐ 年數 _____ 或者 ☐ 永久性

MD、DO、PA、NP 姓名 (請以正楷填寫)：		電話：	()
辦公地址：			
MD、DO、PA、NP 州執照或軍用執照號碼：			
醫生簽名 (僅 MD、DO、PA、NP 簽名)：		日期：月/日/年	

SCE 有權向授權醫生驗證該申請表的資訊。**將申請表郵寄至：**

Southern California Edison Company
 Medical Baseline Department
 P.O. Box 9527
 Azusa, CA 91702-9954