

의료 기본 요율 할당 신청

(의료 기본 요율 등록 및 재인증에 사용)

1부: 고객 작성 (정자체로 작성)

SCE 고객 계정 번호:		서비스 계정 번호:	
고객 성명 (고지서에 표시된 대로):			
거주지의 의료 기본 요율 환자 성명 (다른 경우):			
서비스 주소:			
고객 우편 주소 (다른 경우):			
주택 전화 번호:	()	대체 전화 번호:	()

SCE가 아닌 타사가 청구한 고객의 경우:

이동 주택 또는 아파트 단지 이름:			
단지 주소:		유닛/공간:	
단지 관리자 성명:		단지 전화 번호:	()
임차인 성명:		임차인 전화 번호:	()

SCE 의료 기본 요율 대체 연락처 정보:

본 신청이 완료되면 예정된 정전, 계획되지 않은 정전, 순환 정전에 대해 자동으로 전화로 알려드립니다. 또한 이메일이나 문자 메시지를 통해 서비스 중단을 통보할 수 있는 기능도 제공합니다. 이미 당사로부터 정전 알림을 받고 있고 계속 수신 받기를 원하는 경우, 또는 현재 정전 알림을 받고 있지 않지만 수신을 원하는 경우 아래에서 정전 정보를 받을 수 있도록 선호하는 방법을 지정하십시오:

☐ 전화 번호 (전화 번호를 기재해주세요):	()
☐ 문자 메시지 (휴대전화 번호를 기재해주세요):	()
☐ 이메일 (이메일 주소를 기재해주세요):	

고객은 다음을 이해합니다:

- ① MD(의사), DO(정골의사), PA(의사 보조) 또는 NP(전문 간호사)가 거주자의 건강 상태가 영구적임을 확인하는 경우 의료 기본 요율에 해당하는 거주자는 의료 서비스에 대한 지속적인 자격을 자체 인증하는 양식을 4년마다 작성해야 합니다.
- ② MD(의사), DO(정골의사), PA(의사 보조) 또는 NP(전문 간호사)가 거주자의 건강 상태가 영구적이지 않다고 확인하는 경우 의료 기본 요율에 해당하는 거주자는 2년마다 의사의 확인서와 함께 새로운 신청서를 제출해야 합니다.
- ③ 거주자가 시각 장애가 있는 경우, 고객은 재인증(의사의 증명서로 새 신청서 작성) 또는 자가 인증 양식이 우편으로 발송될 때 SCE에 연락하여 특별 통지를 요청할 수 있습니다.
- ④ SCE는 중단 없는 가스 및 전기 서비스를 보장할 수 없으며 고객은 가스 또는 정전 발생 시 대체 조치를 취할 책임이 있습니다.

본인은 위의 정보가 정확함을 확인합니다. 또한 본인은 의료 기본 요율 거주자가 이 주소에 항시적으로 거주하고 있으며 의료 기본 요율을 필요로 하거나 계속해서 필요로 하고 있음을 증명합니다. 본인은 SCE가 이 정보를 검증하는 데 동의합니다. 또한 자격을 갖춘 거주자가 이사하거나 더 이상 의료 기본 요율이 필요하지 않은 경우 SCE에 즉시 알리는 데 동의합니다.

고객 서명:		날짜: 월/일/년	
--------	--	-----------	--

표준 의료 기본 요율 할당량은 하루 16.5kWh의 전기(일일 천연 가스 0.822열)이며, 이는 표준 기본 할당량에 추가됩니다. 기본 요율 없이 전기 요금을 사용하는 경우 고정 11% 할인을 받을 수 있습니다. 이 수당이 귀하의 의료적 필요를 충족하지 못하는 경우, SCE에 1-800-655-4555로 연락하여 추가 할당에 대해 논의하십시오.

2부: MD(의사), DO(정골의사), PA(의사 보조) 또는 NP(전문 간호사) 작성

본인은 환자의 건강 상태와 필요 사항을 증명합니다 (정자체로 작성):

환자의 성:		이름:	
--------	--	-----	--

1. 전기로 작동되는 의료 기기를 사용해야 합니다 (하나만 체크) ☐ 예 ☐ 아니오

위에 언급된 환자의 자택에서는 다음과 같은 전기 작동식 의료 기기를 사용하고 있습니다:

기기:		☐ 전기	☐ 가스
기기:		☐ 전기	☐ 가스
기기:		☐ 전기	☐ 가스

2. 난방 및 냉방이 필요합니다:

의료 장치가 환자의 생명을 유지하거나, 환자의 건강 상태 악화를 방지하기 위해 의학적으로 필요한 경우, 난방 및/또는 냉방에 대해 표준 의료 기본 요율 할당을 사용할 수 있습니다. 장치는 SCE에서 공급하는 가스나 전기로 작동해야 합니다. 치료에 사용되는 장치는 해당하지 않습니다.

난방을 위해서 표준 의료 기본 요율 할당이 필요합니다: (하나만 체크) ☐ 예 ☐ 아니오

냉방을 위해서 표준 의료 기본 요율 할당이 필요합니다: (하나만 체크) ☐ 예 ☐ 아니오

3. 환자가 호스피스 케어를 받고 있습니까: (하나만 체크) ☐ 예 ☐ 아니오

4. 해당 장비는 생명 유지 목적입니까: (하나만 체크) ☐ 예 ☐ 아니오

5. 본인은 의료 기기 및/또는 추가 난방 또는 냉방이 대략적으로 다음과 같이 필요할 것임을 보증합니다: (하나만 체크)

☐ 년수 _____ 또는 ☐ 영구히

MD, DO, PA, NP 성명 (정자체로 작성):		전화 번호:	()
병원 주소:			
MD, DO, PA, NP 주 면허 또는 군 면허 번호:			
의료인 서명 (MD, DO, PA, NP 서명만 해당):		날짜: 월/일/년	

SCE는 승인 의사와 함께 이 신청서에 포함된 정보를 확인할 권리를 보유합니다.

신청서를 우편으로 보내십시오:

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