

Solicitud de Medical Baseline Allowance

(Se utiliza para la inscripción y la recertificación a Medical Baseline)

PARTE I: A SER LLENADA POR EL CLIENTE *(en letra de imprenta)*

Nro. de cuenta de SCE:		Nro. de cuenta de servicio:	
Nombre del cliente <i>(como aparece en la factura):</i>			
Nombre del paciente que necesita Medical Baseline en el domicilio <i>(si es diferente):</i>			
Dirección de servicio:			
Dirección postal del cliente <i>(si es diferente):</i>			
Teléfono de casa:	()	Teléfono alternativo:	()

PARA LOS CLIENTES QUE RECIBEN SU FACTURA DE TERCEROS (NO DE SCE):

Nombre del complejo de viviendas móviles o apartamentos:			
Dirección del complejo:		Unidad/Espacio:	
Nombre del encargado del complejo:		Teléfono del complejo:	()
Nombre del inquilino:		Teléfono del inquilino:	()

INFORMACIÓN DE CONTACTO ALTERNATIVA PARA MEDICAL BASELINE DE SCE:

Una vez llenada esta solicitud, le notificaremos automáticamente por teléfono sobre los apagones programados, no programados y rotativos. También podemos notificarle sobre los apagones por correo electrónico o mensaje de texto. Si ya recibe nuestras notificaciones de apagones y desea seguir recibíéndolas, o si no las recibe actualmente pero le gustaría hacerlo, indique a continuación el método que prefiere para recibirlas:

☐ Teléfono <i>(indique el número de teléfono):</i>	()
☐ Mensaje de texto <i>(indique el número de teléfono celular):</i>	()
☐ Correo electrónico <i>(indique la dirección de correo electrónico):</i>	

EL CLIENTE ENTIENDE QUE:

- ① Si un doctor en medicina (MD), doctor en osteopatía (DO), asistente médico (PA) o profesional de enfermería (NP) certifica que la enfermedad del residente es permanente, el residente beneficiario de Medical Baseline debe llenar un formulario que autocertifique la elegibilidad continua para Medical Baseline cada cuatro años.
- ② Si un doctor en medicina (MD), doctor en osteopatía (DO), asistente médico (PA) o profesional de enfermería (NP) certifica que la enfermedad del residente no es permanente, el residente beneficiario de Medical Baseline debe presentar una nueva solicitud con la certificación de un doctor cada dos años.
- ③ Si el residente tiene una discapacidad visual, el cliente puede ponerse en contacto con SCE para solicitar una notificación especial cuando se envíen por correo los formularios de recertificación (para llenar una nueva solicitud con la certificación de un médico) o de autocertificación.
- ④ SCE no puede garantizar el servicio ininterrumpido de gas y electricidad, y los clientes son responsables de hacer los arreglos necesarios en caso de un corte de gas o electricidad.

Certifico que la información anterior es correcta. Además, certifico que el residente beneficiario de Medical Baseline vive permanentemente en este domicilio y necesita o sigue necesitando Medical Baseline Allowance. Acepto que SCE verifique esta información. También me comprometo a notificar de inmediato a SCE si el residente calificado se muda o deja de necesitar Medical Baseline Allowance.

Firma del cliente:		Fecha: mm/dd/aa	
--------------------	--	-----------------	--

La asignación estándar de Medical Baseline Allowance es de 16.5 kilovatios-hora de electricidad al día (0.822 termias de gas natural al día), que se suman a su asignación básica estándar. Si tiene una tarifa eléctrica sin asignación inicial, podría ser elegible para recibir un descuento fijo del 11%. Si esta asignación cubre sus necesidades médicas, comuníquese con SCE al 1-800-655-4555 para hablar de cantidades adicionales.

PARTE 2: A SER LLENADA POR UN DOCTOR EN MEDICINA (MD), UN DOCTOR EN OSTEOPATÍA (DO), UN ASISTENTE MÉDICO (PA) O UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (NP) CON LICENCIA**Certifico que la enfermedad y las necesidades de mi paciente** *(llenar en letra de imprenta):*

Apellido del paciente:		Nombre:	
------------------------	--	---------	--

1. REQUIEREN EL USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ELÉCTRICOS *(marque una opción)* ☐ Sí ☐ No

Los siguientes dispositivos médicos eléctricos se utilizan en el domicilio del paciente indicado arriba:

Dispositivo:		☐ Electricidad	☐ Gas
Dispositivo:		☐ Electricidad	☐ Gas
Dispositivo:		☐ Electricidad	☐ Gas

2. NECESITAN CALEFACCIÓN Y REFRIGERACIÓN:

Las asignaciones estándar de Medical Baseline están disponibles para la calefacción o refrigeración si el dispositivo es médicamente necesario para mantener la vida del paciente o evitar el deterioro de su salud. El dispositivo debe funcionar con gas o electricidad abastecidos por SCE. Los dispositivos utilizados para terapia no califican.

Requieren la asignación estándar de Medical Baseline Allowance para la calefacción: *(marque una opción)* ☐ Sí ☐ No**Requieren la asignación estándar de Medical Baseline Allowance para la refrigeración:** *(marque una opción)* ☐ Sí ☐ No**3. EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO CUIDADOS PALIATIVOS:** *(marque una opción)* ☐ Sí ☐ No**4. EL EQUIPO SE USA CON FINES DE SOPORTE VITAL:** *(marque una opción)* ☐ Sí ☐ No**5. CERTIFICO QUE EL O LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O LA CALEFACCIÓN O REFRIGERACIÓN ADICIONAL SERÁN NECESARIOS DURANTE APROXIMADAMENTE:** *(marque una opción)* ☐ Nro. de años _____ o ☐ de forma permanente

Nombre del MD, DO, PA, NP <i>(en letra de imprenta):</i>		Teléfono:	()
Dirección del consultorio:			
Número de licencia estatal o de licencia militar del MD, DO, PA, NP:			
Firma del médico <i>(solo firma del MD, DO, PA, NP):</i>		Fecha: mm/dd/aa	

SCE se reserva el derecho de verificar la información contenida en esta solicitud con el médico que brinda la certificación.**ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:**

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