



SOUTHERN CALIFORNIA
EDISON®

Đơn Ghi Danh Chương Trình Định Mức Y Tế Căn Bản

(Dùng để Ghi Danh và Tái Chứng Nhận cho Chương Trình Định Mức Y Tế Căn Bản)

PHẦN I: DO KHÁCH HÀNG ĐIỀN (vui lòng viết chữ in hoa)

Số Trương Mục của Khách Hàng SCE:		Số Trương Mục Dịch Vụ:	
Tên của Khách Hàng (như ghi trên hóa đơn của quý vị):			
Tên của Bệnh Nhân Định Mức Y Tế Căn Bản tại Nơi Cư Trú (nếu là người khác):			
Địa Chỉ Phục Vụ:			
Địa Chỉ Nhận Thư của Khách Hàng (nếu là địa chỉ khác):			
Số Điện Thoại Nhà:	()	Số Điện Thoại Khác:	()

DÀNH CHO KHÁCH HÀNG ĐƯỢC NGƯỜI KHÁC, KHÔNG PHẢI SCE LẬP HÓA ĐƠN:

Tên của Khu Nhà Mobile Home hoặc Khu Chung Cư:	
Địa Chỉ Khu Nhà:	Căn Hộ/Lô Đất:
Tên của Quản Lý Khu Nhà:	Số Điện Thoại của Khu nhà: ()
Tên của Người Ở Nhà Thuê:	Điện Thoại của Người Ở Nhà Thuê: ()

THÔNG TIN LIÊN LẠC KHÁC CHO CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ CĂN BẢN SCE:

Sau khi hoàn tất đơn này, chúng tôi sẽ tự động thông báo cho quý vị về những lần cắt điện theo lịch, ngoài dự tính và luân phiên qua điện thoại. Chúng tôi cũng có thể thông báo cho quý vị về những lần mất điện qua email hoặc tin nhắn. Nếu quý vị đã nhận được thông báo mất điện từ chúng tôi và muốn tiếp tục, hoặc nếu quý vị hiện không nhận được thông báo mất điện nhưng muốn nhận, hãy chỉ rõ cách thức nhận thông báo mất điện ưa dùng của quý vị bên dưới:

☐ Điện Thoại (vui lòng ghi rõ số điện thoại):	()
☐ Tin Nhắn (vui lòng ghi rõ số điện thoại cầm tay):	()
☐ Email (vui lòng ghi rõ địa chỉ email):	

KHÁCH HÀNG HIỂU RẰNG:

- ① Nếu một Bác Sĩ Y Khoa (MD), Bác Sĩ Chuyên Khoa Xương Khớp (DO), Phụ Tá của Bác Sĩ (PA) và Y Tá Hành Nghề (NP) chứng nhận bệnh của cư dân là vĩnh viễn, cư dân của chương trình Y Tế Căn Bản phải làm đơn tự chứng nhận vẫn đủ điều kiện cho chương trình Y Tế Căn Bản mỗi bốn năm.
- ② Nếu một Bác Sĩ Y Khoa (MD), Bác Sĩ Chuyên Khoa Xương Khớp (DO), Phụ Tá của Bác Sĩ (PA) và Y Tá Hành Nghề (NP) chứng nhận bệnh của cư dân là không vĩnh viễn, cư dân của chương trình Y Tế Căn Bản phải nộp đơn mới có chứng nhận của bác sĩ mỗi hai năm.
- ③ Nếu cư dân bị khiếm thị, khách hàng có thể liên lạc với SCE để yêu cầu thông báo đặc biệt khi gửi chứng nhận lại (để làm đơn mới có chứng nhận của bác sĩ) hoặc đơn tự chứng nhận.
- ④ SCE không đảm bảo dịch vụ gas và điện không bị gián đoạn và khách hàng chịu trách nhiệm sắp xếp thay thế trong trường hợp không có gas hoặc điện.

Tôi xác nhận thông tin ở trên là chính xác. Tôi cũng xác nhận cư dân của chương trình Y Tế Căn Bản cư ngụ toàn thời gian tại địa chỉ này và cần hoặc tiếp tục cần Định Mức Y Tế Căn Bản. Tôi đồng ý cho phép SCE xác minh thông tin này. Tôi cũng đồng ý thông báo cho SCE ngay nếu cư dân hội đủ điều kiện dọn đi hoặc không còn cần Định Mức Y Tế Căn Bản nữa

Chữ Ký của Khách Hàng:	Ngày: mm/dd/yy
------------------------	----------------

Định Mức Y Tế Căn Bản Tiêu Chuẩn là 16.5 kilowatt-giờ điện mỗi ngày (0.822 therm mỗi ngày), thêm vào Định Mức Căn Bản tiêu chuẩn của quý vị. Nếu quý vị đang trả theo biểu giá điện không có mức căn bản, quý vị có thể đủ điều kiện nhận khoản giảm giá cố định 11%. Nếu định mức này không đáp ứng được nhu cầu y tế của quý vị, xin vui lòng liên lạc với SCE theo số 1-800-655-4555 để bàn thảo để được hưởng thêm.

Phần 2: DO BÁC SĨ Y TẾ (MD), BÁC SĨ CHUYÊN KHOA XƯƠNG KHỚP (DO), PHỤ TÁ CỦA BÁC SĨ (PA) HOẶC Y TÁ HÀNH NGHỀ (NP) ĐIỀN

Tôi chứng nhận bệnh và nhu cầu của bệnh nhân của tôi (vui lòng viết chữ in hoa):

Họ của Bệnh Nhân:	Tên:
-------------------	------

1. CẦN SỬ DỤNG THIẾT BỊ Y TẾ CHẠY BẰNG ĐIỆN (đánh dấu một lựa chọn) ☐ Có ☐ Không

(Các) Thiết bị y tế chạy bằng điện sau đây được sử dụng tại nhà của bệnh nhân được nêu tên bên trên:

Thiết bị:	☐ Điện ☐ Gas
Thiết bị:	☐ Điện ☐ Gas
Thiết bị:	☐ Điện ☐ Gas

2. CẦN SƯỞI ẤM VÀ LÀM MÁT:

Có Định Mức Y Tế Căn Bản Tiêu chuẩn cho sưởi ấm và/hoặc làm mát nếu thiết bị cần thiết về mặt y tế để duy trì sự sống hay bệnh của bệnh nhân không bị trầm trọng thêm. Thiết bị phải chạy bằng gas hoặc điện do SCE cung cấp. Thiết bị dùng cho trị liệu thì không đủ điều kiện.

Cần Định Mức Y Tế Căn Bản Tiêu Chuẩn để sưởi ấm: (đánh dấu một lựa chọn) ☐ Có ☐ Không

Cần Định Mức Y Tế Căn Bản Tiêu Chuẩn để làm mát: (đánh dấu một lựa chọn) ☐ Có ☐ Không

3. BỆNH NHÂN CÓ ĐANG ĐƯỢC CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI KHÔNG: (đánh dấu một lựa chọn) ☐ Có ☐ Không

4. THIẾT BỊ CÓ DÙNG CHO MỤC ĐÍCH HỖ TRỢ SỰ SỐNG HAY KHÔNG: (đánh dấu một lựa chọn) ☐ Có ☐ Không

5. TÔI CHỨNG NHẬN CẦN CÓ (CÁC) THIẾT BỊ Y TẾ VÀ/HOẶC CẦN SƯỞI ẤM HOẶC LÀM MÁT THÊM TRONG KHOẢNG: (đánh dấu một lựa chọn) ☐ Số Năm _____ hoặc ☐ Vĩnh Viễn

Tên MD, DO, PA, NP (vui lòng viết chữ in hoa):	Điện Thoại: ()
Địa Chỉ Văn Phòng:	
Số Giấy Phép Tiểu Bang hoặc Giấy Phép Quân Đội của MD, DO, PA, NP:	
Chữ Ký của Bác Sĩ (chỉ có chữ ký của MD, DO, PA, NP):	Ngày: mm/dd/yy

SCE có quyền xác nhận thông tin có trong đơn này với bác sĩ ủy quyền.

GỬI ĐƠN TỚI:

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