

# 의료 기본 요율 허용량 신청서

(의료 기본 요율 등록 및 재인증서 사용)

## 1 부: 고객이 작성해야 함 (인쇄체로 써주세요)

SCE 고객 계정 번호:	2-	서비스 계정 번호:	3-
고객 이름 (요금 고지서에 나온대로 기재):			
거주지에 있는 의료 기본 요율 환자의 이름(다른 경우):			
서비스 주소:			
고객의 우편 주소(다른 경우):			
주택 전화:	( )	대체 전화:	( )

## SCE 이외의 다른 사람이 발부한 요금 고지서를 받는 고객:

이동식 주택 또는 아파트 단지의 이름:			
단지 주소:		유닛/스페이스:	
단지 관리자 이름:		단지 전화:	( )
임차인 이름:		임차인 전화:	( )

## SCE 의료 기본 요율 대체 연락 정보:

이 신청 절차가 완료되면, 당사는 계획된 정전, 계획되지 않은 정전 및 순환 정전이 있는 경우 전화로 자동 통지하게 될 것입니다. 당사는 또한 이메일, 문자 메시지, 또는 텔리타이프(TTY)를 통해 정전을 통지할 수 있습니다. 고객님의게서 이미 당사로부터 정전 통지를 받고 있으며 계속 통지를 받고자 하는 경우, 또는 현재 정전 통지를 받고 있지 않지만 통지를 받기 원하는 경우 아래에 원하는 정전 정보 수신 방법을 표시하십시오.

<input type="radio"/> 전화 (전화번호를 기재해 주세요):	( )	<input type="radio"/> TTY (전화번호를 기재해 주세요):	( )
<input type="radio"/> 문자 메시지 (휴대 전화번호를 기재해 주세요):	( )		
<input type="radio"/> 이메일 (이메일 주소를 기재해 주세요):			
<input type="radio"/> 본인은 SCE로부터 정전 정보를 받기를 원하지 않습니다.			

## 고객님은 다음 사항을 이해합니다:

- ① 면허 소지 의사(M.D.), 정골 의사(D.O.), 보조 의사(PA) 또는 임상 간호사(NP)가 거주자의 건강 상태가 영구적임을 증명하는 경우, 의료 기본 요율 거주자는 자신이 의료 기준에 대한 자격을 계속 갖고 있음을 자체 인증하는 양식을 2년마다 작성해야 합니다.
- ② 면허 소지 의사(M.D.), 정골 의사(D.O.), 보조 의사(PA) 또는 임상 간호사(NP)가 거주자의 건강 상태가 영구적이지 않음을 증명하는 경우, 의료 기본 요율 거주자는 매년 자신이 의료 기준에 대한 자격을 계속 갖고 있음을 자체 인증하는 양식을 작성하고 2년마다 의사의 인증서와 함께 새로운 양식을 제출해야 합니다.
- ③ 거주자가 시각 장애인인 경우, 고객이 재인증(의사의 인증서와 함께 신청서 새로 작성) 또는 자체 인증 양식을 우편으로 보내려면 SCE에 연락하여 특별 통지 양식을 요청할 수 있습니다.
- ④ SCE는 중단 없는 가스 및 전기 서비스를 보장할 수 없으며 고객은 가스의 차단 또는 정전시 대체 조치를 취할 책임이 있습니다.

본인은 위의 정보가 정확함을 증명합니다. 본인은 또한 의료 기본 요율 거주자가 이 주소에 상주하고 있으며, 의료 기본 요율 허용량을 필요로 하거나 계속적으로 필요로 함을 증명합니다. 본인은 SCE가 이 정보를 확인하는 것에 동의합니다. 본인은 또한 자격이 있는 거주자가 이사를 하거나 더 이상 의료 기본 요율 허용량을 필요로 하지 않는 경우 SCE에 즉시 통지할 것에 동의합니다.

고객 서명:		날짜: mm/dd/yy	
--------	--	--------------	--

표준 의료 기본 요율 허용량은, 고객님의 표준 기본 요율 허용량 외에, 전기는 하루 16.5 킬로와트시 (천연 가스는 하루 0.822 섬 (therm))가 추가로 제공됩니다. 이 허용량이 고객님의 의료적 필요를 충족시키지 못하는 경우, 추가 허용량에 대한 문의는 SCE에 1-800-447-6620으로 전화하십시오.

# 의료 기본 요율 허용량 신청서

## 2 부: 면허 소지 의사(M.D.), 정골 의사(D.O.), 보조 의사(PA) 또는 임상 간호사(NP)가 작성해야 함

본인은 본인의 환자(이름을 인쇄체로 쓰세요)가 다음과 같은 질병과 의료적 필요를 갖고 있음을 증명합니다:

환자의 성:		환자의 이름:	
--------	--	---------	--

**1. 생명 유지 장비 사용 필요성 여부\*** (하나에만 체크하세요)     예     아니오

위에 언급한 환자는 집에서 다음과 같은 전기 구동 생명 유지 장비를 사용하고 있습니다:

장비:		<input type="radio"/> 전기	<input type="radio"/> 가스
-----	--	--------------------------	--------------------------

장비:		<input type="radio"/> 전기	<input type="radio"/> 가스
-----	--	--------------------------	--------------------------

장비:		<input type="radio"/> 전기	<input type="radio"/> 가스
-----	--	--------------------------	--------------------------

\* 적격 전기 구동 생명 유지 장비는 생명을 유지하거나 이동성을 위해 사용되는 의료 장비입니다. 이 장비는 SCE가 공급하는 가스 또는 전기로 작동해야 합니다. 여기에는 인공 호흡기 (산소 농축기), 철폐, 혈액 투석기, 흡입기, 전기 신경 자극기, 압력 패드 및 펌프, 에어로졸 텐트, 정전기 및 초음파 분무기, 압축기, 간헐적 양압 호흡(IPPB) 기기, 신장 투석기, 전동 휠체어가 포함되지만 이에만 국한되지는 않습니다. **생명 유지가 아닌 치료에 사용되는 장비는 해당되지 않습니다.**

**2. 환자는 호스피스 간호를 받고 있습니까?** (하나에만 체크하세요)     예     아니오

**3. 주택 냉난방을 필요로 하는 경우:**

환자가 하반신 마비, 사지 마비, 반신 마비, 다발성 경화증 또는 경피증이 있는 경우 냉/난방을 위한 표준 의료 기본 요율 허용량이 제공됩니다. 환자가 면역 체계가 손상되었거나 생명을 위협받는 질병을 앓고 있거나, **환자의 생명을 유지하거나 환자의 건강 상태의 악화를 방지하기 위해 의학적으로 냉/난방을 추가로 필요로 하는 경우에도 표준 의료 기본 요율 허용량이 제공됩니다.**

난방을 위한 의료 기본 요율 허용량 필요 여부: (하나에만 체크하세요)     예     아니오

냉방을 위한 의료 기본 요율 허용량 필요 여부: (하나에만 체크하세요)     예     아니오

**4. 본인은 생명 유지를 위한 장비 및/또는 추가 냉/난방은 대략 다음의 기간 동안 필요로 함을 증명합니다:** (하나에만 체크하세요)

필요한 햇수 \_\_\_\_\_    또는     영구적으로 필요함

**5. 장비가 생명 유지를 목적으로 사용되는 경우, 동 장비를 사용하지 않고 생존할 수 있는 기간을 아래에 표시하십시오:**

(하나에만 체크하세요)

2 시간 미만     2 시간 이상

MD, DO, PA, NP 이름 (인쇄체로 쓰세요):		전화:	(    )
-------------------------------	--	-----	--------

사무실 주소	
--------	--

MD, DO, PA, NP 주 또는 군대 면허 번호:	
-------------------------------	--

의사 서명 (MD, DO, PA, NP 서명에 한함):		날짜: mm/dd/yy	
--------------------------------	--	--------------	--

SCE는 승인하는 의사로부터 이 신청서에 포함된 정보에 대한 사실 여부를 확인할 권리가 있습니다.

<b>SCE 전용:</b>	
접수 일자: _____ 의료 기본 요율 허용량: _____ 전기 유닛: _____ 가스 유닛: _____	
재인증: <input type="radio"/> 2년마다 자체 인증 <input type="radio"/> 매년 자체 인증: 2년마다 MD, DO, PA, NP 인증	

신청서는 다음 주소로 우송해 주십시오:

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