

Solicitud de descuento por equipo médico (MED Rate)

1. Información del cliente

Apellido _____ Nombre _____

Dirección de servicio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de cuenta de SMUD
(O nombre del parque de casas móviles si su electricidad está sub-medida)

Descargar e imprimir la solicitud en smud.org/med

Envíe la solicitud completa por correo a:

Tarifa MED del Distrito Municipal de Servicios Públicos de Sacramento, parada de correo A104
Apartado de correos 15830
Sacramento, CA 95852-0830

2. Dirección postal

Número de casa _____ Nombre de la calle _____ Número de unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

3. Declaración y firma

- Certifico y declaro que la información que he proporcionado para esta solicitud es verdadera y correcta, y no contiene, a mi leal saber y entender, ninguna omisión material de hechos.
- Certifico que el paciente nombrado en el paso 4, es un residente de tiempo completo de este hogar y depende de un aparato médico calificado utilizado en el hogar, o tiene una condición médica con necesidades especiales de calefacción eléctrica o aire acondicionado.
- El aparato médico identificado en el paso 4, se usa en mi hogar y es un equipo médico esencial operado por medio de electricidad suministrada por SMUD.
- Autorizo el cambio adecuado en mi programa de tarifas y doy mi consentimiento para la verificación anual de elegibilidad.

Firma del cliente

Fecha



El reverso de esta solicitud tiene que ser completada y firmada por personal médico profesional y autorizado. Las solicitudes enviadas sin firmas serán devueltas.

Si el descuento de MED Rate no satisface las necesidades de electricidad relacionadas con su condición o el aparato médico que está utilizando, envíe un correo electrónico a MedicalDiscount@smud.org o llámenos a 1-888-742-7683.



Solicitud de descuento por equipo médico (continuación)

4. Equipo médico *A ser completado por un profesional de salud calificado SOLAMENTE*

Esta sección debe ser completada por un Doctor en Medicina, Enfermera Practicante, Enfermera Practicante de Familia o Asistente Médico con licencia para practicar medicina.

Lista de aparatos médicos operados regularmente o necesidades de electricidad extraordinarias.

Paciente: _____ requiere el uso de lo siguiente* (Marque Si or No para cada uno):

Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Respirador eléctrico*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ciclador de diálisis doméstico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Necesidad extrema de uso de calefacción	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Concentrador de oxígeno*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Necesidades extrema de uso de aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

*Las máquinas CPAP/BIPAP no son aparatos que califican bajo este programa.

Nombre del profesional de salud calificado _____

Dirección de la oficina _____ Número de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Declaración y firma

- Certifico que los aparatos medicos indicados arriba son requeridos para este paciente.

Firma del profesional de salud _____ Fecha _____

Numero de Licencia _____ Estado _____

Si el descuento de MED Rate no satisface las necesidades de electricidad relacionadas con su condición o el aparato médico que está utilizando, envíe un correo electrónico a MedicalDiscount@smud.org o llámenos a 1-888-742-7683.

