



# SOLICITUD DE DESCUENTO EN EQUIPOS MÉDICOS (TARIFA MED)

## 1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE

_____		_____	
Apellido	Nombre		
_____			
Dirección del servicio			
_____		_____	_____
Ciudad	Estado	C.P.	
_____		_____	
Número de cuenta de SMUD	O: nombre de su parque de casas rodantes (si su electricidad la determina un medidor individual)		

## 2. DIRECCIÓN POSTAL

_____	_____	_____
N.º de casa	Nombre la calle	Unidad
_____		
Ciudad	Estado	C.P.

## 3. NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

Nombre(s) del paciente

## 4. DECLARACIÓN Y FIRMA

(Se requiere la firma original. No se admiten copias ni fax)

- Certifico que toda la información en esta solicitud es correcta.
- Certifico que el paciente mencionado en el paso 3 anterior es un residente de tiempo completo de este hogar.
- El dispositivo indicado en la página 2 se usa en mi hogar y es un equipo médico imprescindible que funciona con electricidad suministrada por SMUD.
- Autorizo el cambio adecuado a mi régimen tarifario y doy mi consentimiento para la verificación anual de la elegibilidad.
- Comprendo que SMUD no puede garantizar un servicio ininterrumpido y soy responsable de hacer arreglos alternativos en caso de interrupción del servicio.

X

Firma del cliente

Fecha

**Si el descuento de la tarifa MED no satisface las necesidades eléctricas relacionadas con su situación médica o con el dispositivo médico que usa, comuníquese con SMUD por correo electrónico (MedicalDiscount@smud.org) o por teléfono (1-888-742-7683).**



**Su profesional de salud calificado debe completar la página 2 de esta solicitud antes de enviarla a SMUD.**

## Cómo solicitarlo

1. Proporcione su información de cliente (nombre, dirección y número de cuenta).
2. Proporcione una dirección postal si es diferente a la dirección de servicio.
3. Escriba el nombre del paciente que tiene derecho a la tarifa MED. Esta persona debe ser residente de tiempo completo del hogar.
4. Firme y escriba la fecha en la página 1 de la solicitud.
5. Un profesional de salud certificado y calificado debe completar y firmar la página 2 de la solicitud.
6. Envíe la solicitud completa a:

**Sacramento Municipal Utility District  
MED Rate, Mail Stop A104  
P.O. Box 15830  
Sacramento, CA 95852-0830**

## Información y preguntas frecuentes

1. **¿También puedo recibir la tarifa de descuento del Programa de Asistencia de Energía (Energy Assistance Program Rate, EAPR)?**  
Sí. Este descuento mensual para hogares de bajos recursos puede combinarse con el programa de tarifa MED. Esto le ayudará a obtener el máximo de ahorro cada mes.
2. **¿Qué hago si hay una interrupción en mi servicio eléctrico?**  
SMUD conoce la importancia de un servicio eléctrico confiable para nuestros clientes, especialmente para quienes usan equipo médico. Nos esforzamos por evitar cortes, pero no podemos garantizar que no ocurran. Recuerde que pueden ocurrir interrupciones temporales en el servicio. ¡Debe estar preparado!

# ¡A completar únicamente por un profesional de la salud calificado!

A completar por un médico, una enfermera especialista, una enfermera familiar especialista o un médico adjunto certificado para practicar medicina.

1 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

2 Requiere el uso de lo siguiente y se realiza regularmente \*  
(marque Sí o No para cada uno)

Sí  No Silla de ruedas eléctrica

Sí  No Concentrador de oxígeno

Sí  No Ciclador para diálisis en el hogar

Sí  No Necesidades extraordinarias de calefacción debido a las necesidades médicas del paciente

Sí  No Necesidades extraordinarias de enfriamiento debido a las necesidades médicas del paciente

3 ¿La interrupción del servicio eléctrico produce una situación que ponga potencialmente en peligro al paciente?

Sí  No

4 Certifico que este paciente necesita el(los) dispositivo(s) médico(s) que se indica(n).

Únicamente firmas originales. No se admiten copias ni fax.

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional de salud calificado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Estado**

\_\_\_\_\_  
**N.º de licencia del estado**

**Nombre, dirección de la oficina y número de teléfono del profesional de salud calificado**

## SMUD USE ONLY

### APPROVAL /ACTION

YES  NO Effective Date \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Equipment Does Not Qualify

Other

Application Scanned to: \_\_\_\_\_