

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 (se encuentra en la factura impresa y/o en línea)
(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 _____

**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-SMUD (7683).**



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



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, enfermero(a) practicante, enfermero(a) 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 médicos indicados arriba son requeridos para este paciente.

Firma del profesional de salud

Fecha

Número de licencia

Estado

Por favor marque la casilla si los aparatos médicos indicados arriba son requeridos **permanente** para este paciente.

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-SMUD (7683).

