

# 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](http://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](mailto: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](mailto:MedicalDiscount@smud.org) o llámenos a 1-888-742-7683.**

