



Solicitud del Programa de Asistencia Médica



Información sobre su cuenta

Número de cuenta de TID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre (tal como aparece en la factura de TID)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico de casa	Número de celular y/o para mensajes	
Dirección de (de envío si es diferente a residencia)		
Ciudad	Estado	Código postal

Cómo Solicitar la Asistencia

1. Debe tener la tarifa residencial DE, DT o DG.
2. El cliente completa y firma la solicitud.
3. Por favor escriba con letra legible.
4. El DOCTOR debe completar la parte posterior de la solicitud.
5. Envíe la solicitud completa a:

Turlock Irrigation District
P.O. Box 949
Turlock, CA 95381-0949

O lleve en persona a Servicio al Cliente en cualquiera de nuestras oficinas:

- 333 E. Canal Dr., Turlock, CA 95380
- 2944 3rd St., Ceres, CA 95307

Si tiene alguna pregunta, llame al 209-883-8222

Definición de Aparato de Soporte de Vida

1. Un aparato de soporte de vida es definido como cualquier aparato que requiere de electricidad proporcionada por Turlock Irrigation District (Distrito de Irrigación de Turlock) para su funcionamiento, y que es necesario para sostener la vida de una persona que reside en una vivienda residencial. Los aparatos de soporte de vida incluyen pero no son limitados a: respiradores, máquinas de hemodiálisis, máquinas de succión, almohadillas y bombas de presión, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, tiendas de aerosol, compresores, estimuladores eléctricos para nervios, sillas de rueda motorizadas y máquinas de IPPB. (Los aparatos que son para terapia y no para sostener la vida generalmente no califican)

Tipo de aparato(s) utilizado(s): _____

2. Mantenimiento de condiciones especiales: esto se refiere al uso de la calefacción eléctrica o aire acondicionado para mantener una temperatura específica que es esencial para sostener la vida de un residente con una condición médica tal como fibrosis quística, esclerosis múltiple, u otra condición médica que a criterio del doctor requiera mantenimiento de condiciones especiales.

Razón para mantener condiciones especiales: _____

Convenio

Yo, el cliente de Turlock Irrigation District, por medio de la presente afirmo mi elegibilidad y presento la solicitud para obtener el descuento médico sobre mi tarifa eléctrica. El aparato mencionado arriba es utilizado en mi residencia por el paciente mencionado y es un aparato esencial de soporte de vida que se activa con electricidad proporcionada por Turlock Irrigation District.

Yo comprendo que este acuerdo no garantiza una proporción continua y que yo debo proveer una fuente de electricidad alterna si es necesario, debido a apagones energéticos

Yo, por medio de la presente, otorgo derechos de acceso a mi residencia durante las horas regulares de trabajo para la verificación de la información presentada en esta solicitud si fuese necesario. Entiendo que el negar acceso para este propósito será considerado causa justa para la denegación del descuento. Yo acepto notificar con prontitud al Distrito sobre la terminación de uso del aparato de soporte de vida, o de cambios de equipamiento. Una solicitud nueva y/o certificación médica pueden ser requeridas cuando haya un cambio de domicilio. Solicitudes para este descuento serán sujetas a aprobación por el Distrito y serán sujetas a una evaluación anual.

Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera en mi conocimiento. Entiendo que cualquier desinformación podría llevar a la descalificación del Programa de Descuento Médico sobre la Tarifa Eléctrica.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____





Medical Rate Assistance Program



Statement of Certification

By a Medical Doctor or Osteopath licensed to practice medicine in the State of California

DOCTOR MUST COMPLETE ALL INFORMATION | PLEASE PRINT ALL INFORMATION LEGIBLY

Patient's Name:

What is the patient's diagnosis?

Type of life support device(s) required by the patient (be specific):

In your opinion, does the above-described equipment meet the definition of "life support device" as set forth on the reverse side of this form?

Yes No

In your opinion, is SPECIAL space conditioning as defined on the reverse side of this form essential to sustain the patient's life?

Yes No

In your opinion, would this patient's life be threatened if the electrical service was turned off without 24-hour notice?

Yes No

Doctor's Name:

License Number:

Office Address:

City:

Zip Code:

Doctor Signature:

Phone Number:

Date:

Office use only

Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Completed By	Date
Renewed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Renewal Sent By	Date
	Completed By	Date