

PARTE 1 y se complete con los clients (en letra de imprenta)

Libertad Cuenta #: _____

Nombre del cliente (como aparece en su factura): _____

Nombre del Medico Residente de linea de base (si es diferente): _____

Direccion de Servicio: _____

Cliente de correo electronico (si es diferente): _____

Telefono de la casa: () Telefono de trabajo: ()

Para los clientes facturados por alguien que no sea la Libertad

Nombre del parquet para casas moviles o complejo de apartamentos: _____

Complejo Direccion: _____

Administrador del Complejo Nombre: _____ Complejo de teléfono: ()

Nombre del Inquilino: _____ Teléfono del inquilino: ()

Entiendo que: _____

1. Si el medico certifica la condicion medica del residente es permanente, la Libertad sera necesario completer un formulario de auto-certificar que el residente continua siendo elegible para la medica inicial cada dos anos.
2. Si el médico certifica la condición médica del residente no es permanente, la Libertad requerirá la realización de un formulario de auto-certificación de elegibilidad de los residentes de médicos de referencia de cada año y la finalización de una nueva aplicación con la certificación de un médico cada dos años.
3. Libertad de la energía no puede garantizar el servicio eléctrico sin interrupciones y yo soy responsable de hacer los arreglos alternativos en caso de una interrupción eléctrica.

Yo certifico que la información anterior es correcta. También certifico que el Médico Residente de referencia vive a tiempo completo en esta dirección, y requiere o sigue exigiendo la asignación médica inicial. Estoy de acuerdo en permitir la Libertad para verificar esta información.. **También estoy de acuerdo en notificar de inmediato la Libertad , si se mueve el calificado o asignación médica inicial ya no es necesario por el residente.**

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



MÉDICOS ASIGNACION INICIAL

Aplicación que se utiliza para la inscripción de referencia médica y renovación de la certificación

PARTE 2 A ser completado por un medico con licencia (MD) or doctor en osteopatía (DO)

Yo certifico que la condición médica y las necesidades de mi paciente (en letra de imprenta):

1. Apellido _____ nombre primero _____

Requiere el uso de un dispositivo de soporte de vida* (marque una) Si NO

El siguiente dispositivo de soporte de vida (s) es / son utilizados en el hogar del paciente nombrado arriba:

Device: _____

Device: _____

Device: _____

* Un dispositivo de calificación de soporte de vida es un dispositivo médico utilizado para sostener la vida o que se invoque para la movilidad. Este dispositivo debe funcionar con electricidad suministrada por la Libertad. Incluye, pero no se limita a, los respiradores (concentradores de oxígeno), pulmones de acero, máquinas de hemodiálisis, las máquinas de succión, estimuladores nerviosos eléctricos, almohadillas de presión y bombas, tiendas de campaña en aerosol, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, compresores, máquinas de IBB, máquinas de diálisis renal, y sillas de ruedas motorizadas. **Los dispositivos utilizados para la terapia en lugar de apoyar la vida-no califican.**

2. Requiere de calefacción y refrigeración:

Los derechos de emisión de referencia estándar de médicos están disponibles para la calefacción y / o enfriamiento si el paciente es parapléjico, tetrapléjico, y hemipléjica, tiene esclerosis múltiple o la esclerodermia. Los derechos de emisión de referencia estándar de médicos también están disponibles si un paciente tiene un sistema inmune comprometido, la enfermedad mortal, o cualquier otra condición que **adicionales de calefacción o refrigeración es médicamente necesario para sostener la vida de la persona o evitar el deterioro de la condición médica de la persona.**

Requiere estándar asignación médica inicial para **la calefacción:** (marque una) Si NO

Requiere estándar asignación médica inicial para **la calefacción:** (marque una) Si NO

3. Yo certifico que el dispositivo de soporte de vida (s) y / o adicionales de calefacción o refrigeración se requiere de aproximadamente:

(Completo) # de años _____ **OR** permanentemente

Nombre del médico: _____ Teléfono #: () _____

Dirección de la oficina: _____

MD / DO licencia del Estado de California o el número de licencia militar: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA LIBERTAD SOLO Fecha de recepción: _____ Médico de asignación de referencia: _____

Recertificación: Auto-certificación cada 2 años Auto-certificar anualmente, la certificación del médico cada 2 anos

Mail To: Liberty Utilities (CalPeco Electric) LLC, Attn: Medical Baseline, 933 Eloise Ave., South Lake Tahoe, CA 96150