

# Certificado Médico o de Equipo de Soporte Vital de Rocky Mountain Power

Este certificado debe ser completado por un profesional médico calificado que certifique que un cliente de Rocky Mountain Power, o un miembro del hogar de un cliente, tiene una condición médica que se vería afectada negativamente si su servicio eléctrico se desconectara por falta de pago de facturas.

Completar este formulario le permite a Rocky Mountain Power ayudar al cliente a gestionar sus facturas de electricidad más allá de lo normalmente permitido.

Este certificado no garantiza que la energía no será interrumpida por cortes relacionados con el clima, otras circunstancias fuera del control de Rocky Mountain Power, o la desconexión del servicio por falta de pago de facturas. Recomendamos que identifique uno o varios planes de emergencia si se considera necesario.

**Nombre Completo del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Número de Cuenta de Rocky Mountain Power del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Cliente:** \_\_\_\_\_

LO SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO CALIFICADO:

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Patient's Relationship to Customer:** \_\_\_\_\_

**Check ONE box below and provide the required information:**

If electric service is not available due to nonpayment of electric bills, the patient will:

**Be inconvenienced and it will cause or aggravate a serious illness or infirmity, but their life will not be in immediate danger.**

Patient's medical condition: \_\_\_\_\_

Duration of condition: \_\_\_\_\_

Type of medical equipment used: \_\_\_\_\_

**OR**

**Require immediate response from emergency personnel with life supporting equipment to sustain life.**

Patient's medical condition: \_\_\_\_\_

Type of life support equipment used: \_\_\_\_\_

He completado el formulario en su totalidad según lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esto no garantizará un suministro eléctrico interrumpido y mi paciente será responsable de tomar medidas alternativas en caso de una pérdida de suministro eléctrico.

**Nombre y Cargo en Letra de Molde:**

Número de Registro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe el certificado completado a Rocky Mountain Power por correo o fax a:**

Dirección Postal:

Rocky Mountain Power

Attention: Medical Certificates

PO Box 400

Portland, Oregon 97207-0400

Número de Fax:

Attention: Medical Certificates

1-877-283-7697