



Comisión de servicio público de utilidades
aplicación para la Condición Crónica o Cuidado de Cliente Residencial con Estatus Crítico

Información Importante

- Esta Aplicación debe ser completada para obtener la designación del Cuidado Crítico o de Estatus Condición Crónica con su utilidad.
- **Esta Aplicación no será procesada ni aprobada si incompleta, ilegible, o sometida impropiamente.** Toda la información es requerida, a menos que de otro modo indicado.
- Para preguntas acerca de esta Aplicación, el Cliente puede llamar a la utilidad de transmisión y de distribución (TDU) durante horas normales de oficina en el número de teléfono abajo:

TDU:	<u>Teléfono:</u>	<u>Fax:</u>	<u>Correo Electrónico</u>
AEP Texas Central	877-547-5513	361-880-6027	billing-dereg_texas@aep.com
AEP Texas North	877-547-5513	361-880-6027	billing-dereg_texas@aep.com
CenterPoint Energy	713-945-6353	713-945-6357	criticalcare-res@centerpointenergy.com
Nueces Electric	800-632-9288	361-387-4139	criticalcarereg@nueceselectric.org
Oncor	888-313-6862	800-666-3406	contactcenter@oncor.com
Sharyland Utilities	956-687-5600	956-664-1903	suhelp@sharylandutilities.com
Texas-New Mexico Power	800-738-5579	972-420-7628	criticalcare@tnmp.com

- **La sumisión de esta aplicación no tiene como resultado automáticamente el estatus de condición crónica ni de cuidado crítico. La notificación del estatus otorgó será proporcionada al cliente en la dirección de envío proporcionado.**
- Según las reglas de la Comisión de servicio público de utilidades de Texas, la designación como una condición crónica o el cuidado crítico de cliente residencial no alivia a un cliente de la obligación de pagar por servicio eléctrico, y el servicio puede ser desconectado para la falta de pago.
- **Las estatus de condición crónica o de cuidado crítico no garantizan un alimentación regular o continua sin interrupción. Si electricidad es una necesidad, debe hacer otros arreglos para capacidades de reserva locales o otras alternativas en caso de pérdida de servicio eléctrico.**

INSTRUCCIONES:

- **El cliente:** Complete página 2 de esta aplicación, y proporcione el médico del paciente para la terminación. Esta aplicación no será aprobada a menos que sometido por el médico por fax o correo electrónico al TDU aplicable.
- **El médico:** Después de completar PAGINA 3 de las páginas siguientes, por favor sólo adelantan la APLICACION a el TDU del Cliente indicado en la forma (utilizando número de fax o la dirección correo electrónico listó arriba).

PÁGINA 2 - DEBE SER COMPLETADA POR EL CLIENTE

PARTE 1: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA

Nombre del Cliente:

(Nombre en la cuenta de servicio eléctrico)

Nombre del Paciente:

(El Paciente, si es diferente del Cliente, quien vive permanentemente en la dirección de servicio y necesita el estatus de cuidado crítico o condición crónica).

Dirección de servicio (se encuentra en su factura de electricidad)

Ciudad:**Estado:****CP:**

Dirección Postal (si es diferente de la dirección de servicio)

Ciudad:**Estado:****CP:**

ESI ID (se encuentra en su factura de electricidad)

TDU (circule una en base a los primeros 7 números de ESID):	1020404 -- AEP TX North 1003278 -- AEP TX Central	1008901 -- CenterPoint 1017699 -- Oncor/SESCO 1017008 -- Sharyland Utilities	1013830 -- Nueces Elec Coop 1044372 -- Oncor 1040051 -- Texas New Mexico
--	--	--	--

Teléfono principal del cliente:**Teléfono alternativo del cliente:** (si aplica)

Contacto de Emergencia (Secundario): (Su aplicación será rechazada a menos que incluya un nombre de contacto de emergencia o la declaración, "Prefiero no escoger un nombre de contacto de emergencia." El fracaso para incluir un contacto de emergencia puede resultar en la desconexión de su servicio eléctrico sin aviso si su factura de la luz está atrasada y el TDU no puede comunicarse con usted.)

Nombre del Contacto de Emergencia (Secundario):

Dirección Postal (del Contacto de Emergencia)

Ciudad:**Estado:****CP:****Teléfono del Contacto de Emergencia:****Teléfono Alternativo del Contacto de Emergencia (si aplica):****Cliente:**

He leído y entendido la información y certifico que la información proporcionada en esta Solicitud es correcta. Entiendo que la información también puede ser utilizada para determinar si tengo derecho a avisos adicionales y otras protecciones en lo que atañe a mi servicio eléctrico disponibles bajo las reglas de la Comisión de Servicios Públicos y puede ser usada para proveer avisos relacionados con mi servicio eléctrico a la persona listada como Contacto Secundario.

Firma:**Fecha:****Paciente/Custodio del Paciente, Padre o Conservador Administrativo:**

He leído y entendido la información y certifico que la información proporcionada en esta solicitud acerca de mi (o el paciente) es correcta. Estoy de acuerdo en que se dé a conocer la información en esta forma concerniente a mi condición médica (o la del paciente) para los propósitos indicados en esta solicitud.

Firma:**Fecha:**

PÁGINA 3 –PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DEL PACIENTE

DE PÁGINA 2	
NOMBRE DEL PACIENTE:	
NOMBRE DEL CLIENTE:	ESI ID:

PARTE 2 –TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA		
Opción #1	SÍ	NO
1) El paciente es dependiente sobre un dispositivo médico eléctrico-impulsado para sostener la vida.		

-0-

Opción #2	SÍ	NO
2) El paciente tiene una condición médica seria que requiere que un dispositivo médico eléctrico-impulsado o la calefacción eléctrica o la refrigeración prevenga el daño de una función de vida principal por un empeoramiento significativo o la exacerbación de la condición médica de la persona.		
a) La susodicha condición médica ha sido diagnosticada como una condición de toda la vida.		

Nombre del Médico: (impreso)	
Número de Licencia de la Comisión Médico de Texas:	
Número de teléfono:	Número de Fax:
Firma del Médico:	Fecha:

Después de completar la Aplicación, por favor expida una copia de la aplicación completada y firmada por fax o por correo electrónico a la utilidad del Cliente indicada en la página 2.