

Certificado Médico o de Equipo de Soporte Vital de Pacific Power

Este certificado debe ser completado por un profesional médico calificado que certifique que un cliente de Pacific 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 Pacific 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 Pacific 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 Pacific 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 Pacific Power por correo o fax a:

Dirección Postal:

Pacific Power

Attention: Medical Certificates

PO Box 400

Portland, Oregon 97207-0400

Número de Fax:

Attention: Medical Certificates

1-877-283-7697