

# استمارة شهادة طبية Medical Certification Form

شعار الشركة  
Company Logo

To Physicians and Public Health Officials: This form has been approved by the Michigan Public Service Commission for your use in verifying a medical condition of this patient that justifies a hold on shutting off utility service.

إلى الأطباء والمسؤولين في قطاع الصحة العامة: وافقت لجنة ميشيغان للخدمة العامة على هذه الاستمارة لاستخدامها في التحقق من حالة طبية يعاني منها هذا المريض وتبرر تعليق إيقاف خدمة مرفق.

## Instructions

A customer may provide a signed medical emergency hold request to postpone the discontinuance of utility service or restore service. For power to remain on, this certificate needs to be completed and returned to your utility within 3 business days. If utility service is a necessity, you must make other arrangements for on-site back-up capabilities or other alternatives in the event of loss of service.

If a customer submits a medical emergency hold request signed by a physician or public health official, along with the additional required information listed below,

will suspend

shutoff action for at least 21 days, and services will be restored, where applicable. The customer may be charged a deposit to the account for service restoration due to disconnection for nonpayment.

**Approval of this form does not prevent shut offs indefinitely.** You must take steps to resolve unpaid bills to avoid service termination in the future. We encourage you to visit

to find available programs to assist with paying energy bills. You may also contact the United Way at 211 for free confidential service that links people with local community based organizations across the state that can help with utility assistance and other needs.

## التعليمات

يحق للمستهلك أن يقدم طلب تعليق طبي طارئ موقفاً عليه لتأجيل وقف خدمة المرفق أو إعادة تشغيل الخدمة. ويجب إكمال هذه الشهادة وإعادتها إلى المرفق خلال ثلاثة أيام عمل للتمكن من الحصول على الطاقة باستمرار. إذا كانت خدمة المرفق ضرورية، يجب أن تجري ترتيبات أخرى لقدرات احتياطية في الموقع أو بدائل أخرى في حال فقدان الخدمة.

في حال قدم المستهلك طلب تعليق طبي طارئ موقفاً عليه من قبل طبيب أو مسؤول في قطاع الصحة العامة، بالإضافة إلى المعلومات الإضافية المطلوبة أدناه، ستعلق إجراء الإيقاف لمدة 21 يوماً على الأقل، وستتم إعادة تشغيل الخدمة عند الاقتضاء. قد يفرض على المستهلك مبلغ إيداع في الحساب لإعادة تشغيل الخدمة نتيجة انقطاعها للامتناع عن الدفع.

**لا تمنع الموافقة على هذه الاستمارة انقطاع الخدمة إلى أجل غير محدد.** يجب أن تتخذ الخطوات لمعالجة الفواتير غير المدفوعة من أجل تجنب إنهاء الخدمة في المستقبل. نشجعك على زيارة البرامج المتاحة للمساعدة في دفع فواتير الطاقة. يمكنك أيضاً الاتصال بيونايبتد واي (United Way) على الرقم 211 للحصول على خدمة سريعة مجانية تربط الأشخاص بمنظمات المجتمع المحلي على مستوى الولاية التي تقدم مساعدات في ما يخص المرفق والاحتياجات الأخرى.

## These definitions apply in using this form:

**Medical Emergency** - an existing medical condition of the customer or a member of the customer's household, as defined and certified by a physician or public health official on this medical certification form, that will be aggravated by the lack of utility service. A utility shall postpone disconnection for no longer than 21 days if the customer or member of customer's household has a certified medical emergency. Please note, additional certificates are required to extend postponement of shutoff. Postponement of shutoff for medical emergency conditions shall not exceed 63 days.

## تنطبق هذه التعريفات عند استخدام هذه الاستمارة:

**حالة طبية طارئة** - هي حالة طبية قائمة يعاني منها المستهلك أو فرد في أسرة المستهلك، كما يحددها الطبيب أو المسؤول في قطاع الصحة العامة في استمارة الشهادة الطبية هذه، وقد تتفاقم نتيجة انعدام خدمة المرفق. يتعين على المرفق تأجيل انقطاع الخدمة لمدة لا تتجاوز 21 يوماً إذا كان المستهلك أو فرد في أسرة المستهلك يحمل شهادة بالحالة الطبية الطارئة. يُرجى الملاحظة بأن شهادات إضافية تكون مطلوبة لتمديد تأجيل الإيقاف. يجب ألا يتجاوز تأجيل الإيقاف بسبب حالات طبية طارئة مدة 63 يوماً.

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.

To ensure timely review and processing of this certification form, responses must be in English. Failure to provide the requested information in English may result in processing delays and will not extend the 3-day grace period or protection.

<p><b>Critical Care Customer</b> - means any customer who requires, or has a household member who requires, home medical equipment or a life support system, and who, on an annual basis, provides this medical certification form from a physician or medical facility, to the utility, identifying the medical equipment or life support system and certifying that an interruption of service would be immediately life-threatening. Disconnection of utility service for Critical Care customers shall be postponed on an annual basis. (A new Medical Certification Form must be completed and submitted).</p>	<p><b>مستهلك بحاجة إلى الرعاية الحرجة</b> - هو أي مستهلك يتطلب، أو لديه فرد في أسرته يتطلب معدات طبية في المنزل أو نظام دعم الحياة، ويقدم استمارة الشهادة الطبية هذه كل سنة من طبيب أو منشأة طبية إلى المرفق، تحدد المعدات الطبية أو نظام دعم الحياة وتثبت أن انقطاع الخدمة سيكون مهدداً للحياة على الفور. يجب تأجيل انقطاع خدمة المرفق للمستهلك الذي يحتاج إلى الرعاية الحرجة على أساس سنوي. (يجب إكمال استمارة شهادة طبية جديدة وتقديمها).</p>
<p><b>To make a request for a medical hold:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Section 1:</b> To be completed by resident of household requiring Medical Emergency Hold or by legal parent or guardian if patient is under the age of 18.</li> <li><b>Section 2:</b> To be completed by _____ customer of record.</li> <li><b>Section 3:</b> To be completed by physician or Public Health Official.</li> <li><b>Return the completed form and valid identification to</b></li> </ol> <p>Secure website: Secure email: Fax number:</p> <p><b>This form must be complete and legible to be processed.</b> All information is required unless otherwise indicated. Completed forms will be processed within one business day. If you have any questions, please contact _____ at _____</p>	<p><b>من أجل تقديم طلب تعليق بسبب حالة طبية:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>القسم 1:</b> يجب إكماله من قبل مقيم من الأسرة يتطلب التعليق بسبب حالة طبية طارئة أو من قبل والد أو وصي قانوني إذا كان المريض دون السن 18.</li> <li><b>القسم 2:</b> يجب أن يكمله العميل في سجل شركة</li> <li><b>القسم 3:</b> يجب أن يكمله الطبيب أو مسؤول الصحة العامة.</li> <li><b>أعد الاستمارة المكتملة</b> ووثائق الهوية للصالحين إلى</li> </ol> <p>الموقع الشبكي الآمن: البريد الإلكتروني الآمن: رقم الفاكس:</p> <p><b>يجب أن تكون هذه الاستمارة مكتملة وقابلة للقراءة لتتم معالجتها.</b> إن كافة المعلومات مطلوبة ما لم يرد خلاف ذلك. ستتم معالجة الاستمارات المكتملة خلال يوم عمل واحد. إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ _____ على الرقم _____</p>

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.

هذه الصفحة فارغة عن قصد

**This page is intentionally blank**

## استمارة شهادة طبية

شعار الشركة  
Company Logo

## Medical Certification Form

إلى الأطباء والمسؤولين في قطاع الصحة العامة: وافقت لجنة ميشيغان للخدمة العامة على هذه الاستمارة لاستخدامها في التحقق من حالة طبية يعاني منها هذا المريض وتبرر تعليق إيقاف خدمة مرفق.

To Physicians and Public Health Officials: This form has been approved by the Michigan Public Service Commission for your use in verifying a medical condition of this patient that justifies a hold on shutting off utility service.

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب ملء كافة الأقسام، ويجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية، ويجب إعادتها إلى المرفق في غضون 3 أيام عمل. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.

TO ENSURE TIMELY REVIEW AND PROCESSING OF THIS CERTIFICATION FORM, ALL SECTIONS MUST BE COMPLETED, RESPONSES MUST BE IN ENGLISH AND RETURNED TO THE UTILITY WITHIN 3 BUSINESS DAYS. FAILURE TO PROVIDE THE REQUESTED INFORMATION IN ENGLISH MAY RESULT IN PROCESSING DELAYS AND WILL NOT EXTEND THE 3-DAY GRACE PERIOD OR PROTECTION.

أفهم أن لا يستطيع ضمان استمرارية خدمة المرفق وأنتي أتحمل مسؤولية الاحتفاظ بنظام احتياطي أو وضع خطة بديلة في حالة انقطاع الخدمة. لا يمنح استخدام استمارة الشهادة هذه أي حقوق للمستهلك في ما يخص إعادة تشغيل الخدمة في حال حدوث انقطاع غير متوقع.

I understand that cannot guarantee continuous utility service and it is my responsibility to maintain a backup system or have an alternate plan in the event of such loss. Use of this certificate form does not provide any rights to the customer regarding service restoration in the event of an unexpected outage.

القسم 1: يجب إكمال المعلومات التالية من قبل المريض

## Section 1: the following information is to be completed by the Patient

اسم المريض: Patient's Name: تاريخ الميلاد: Birthdate:

العلاقة مع العميل (صاحب الحساب): Relationship to Customer (Account holder):  
شخصي Self  غيره Other 

رقم هاتف المنزل/رقم الهاتف المحمول: Home/Cell: رقم هاتف العمل: Work:

أفوض بموجبه مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بي لنشر المعلومات الطبية المتضمنة في استمارة الشهادة الطبية هذه للمرفق، أو لأطراف ثالثة يفوضها المرفق، للمساعدة في تجديد هذا الطلب والموافقة عليه ومعالجته. أفهم أن استمرارية خدمة المرفق غير مضمونة وأنتي أتحمل مسؤولية الاحتفاظ بنظام احتياطي أو وضع خطة بديلة في حالة انقطاع الخدمة. أشهد أن المريض يعيش في العنوان المذكور أدناه وأن كافة المعلومات المقدمة دقيقة. إذا كنت أستوفي الشروط للحصول على تعليق نتيجة الرعاية الحرجة، أوافق أيضاً على إبلاغ الشركة عندما يصبح هذا التعليق نتيجة الحالة الطبية غير ضروري.

I hereby authorize my health care provider(s) to release the medical information included on this medical certification FORM to my utility, or third parties authorized by the utility, to assist with the review, approval, and processing of this request. I understand that continuous utility service is not guaranteed and it is my responsibility to maintain a backup system or have an alternate plan in the event of a loss of utility service. I certify that the patient lives at the address listed below and that all information provided is accurate. If I meet the conditions for a Critical Care hold, I also agree to notify the company when this medical hold is no longer necessary.

التوقيع (المريض/الوصي القانوني/الوكيل الرسمي): Signature (Patient/Legal Guardian/Power of Attorney): التاريخ: Date:

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.

To ensure timely review and processing of this certification form, responses must be in English. Failure to provide the requested information in English may result in processing delays and will not extend the 3-day grace period or protection.

القسم 2: يجب إكمال المعلومات التالية من قبل العميل (صاحب الحساب)

## Section 2: the following information is to be completed by the customer (Account Holder)

اسم العميل (مكتوب بوضوح):				Customer Name (Printed):	
عنوان العميل:		City:		State:	
الرمز البريدي:		المدينة:		الولاية:	
رقم هاتف المنزل/رقم الهاتف المحمول:		رقم هاتف العمل:		البريد الإلكتروني في المنزل:	
Home/Cell:		Work:		Home Email:	
رقم الحساب:		نوع الخدمة:		الغاز:	
Account Number:		Type of Service:		Gas <input type="checkbox"/>	
				الكهرباء: <input type="checkbox"/>	
				Electric	
أشهد بأن المعلومات أعلاه دقيقة وأن المريض هو عميل مسجل أو فرد من أسرة العميل المسجل المقيم في هذا العنوان.					
I certify the information above is accurate AND the patient is the customer of record or a household member of the customer of record residing at this address.					
توقيع العميل:				Date:	
Customer Signature:				التاريخ:	
لا تمنع الموافقة على هذه الاستمارة انقطاع الخدمة إلى أجل غير محدد. يجب أن تتخذ الخطوات لمعالجة الفواتير غير المدفوعة من أجل تجنب إنهاء الخدمة في المستقبل. نشجعك على زيارة موقعنا على الإنترنت أو الاتصال بيونييتد واي (United Way) على الرقم 211 للعثور على البرامج المتاحة للمساعدة في دفع فواتير المرفق.					
Approval of this form does not prevent shut offs indefinitely. You must take steps to resolve unpaid bills to avoid service termination in the future. We encourage you to visit our website or contact United Way at 211 to find available programs to assist with paying utility bills.					

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.

القسم 3: يجب إكمال المعلومات التالية من قبل طبيب أو مسؤول في قطاع الصحة العامة

## Section 3: the following information is to be completed by a Physician or Public Health Official

يُرجى اختيار واحدة من الحالات التالية من خلال وضع علامة على إحدى الخانات أدناه:

Please select one of the following conditions by checking one of the boxes below:

## مريض حالة طبية طارئة

يعاني المريض من حالة طبية قائمة ستفاقم نتيجة انقطاع خدمة المرفق. يتعين على المرفق تأجيل انقطاع الخدمة لمدة لا تتجاوز 21 يوماً إذا كان المستهلك أو فرد في أسرة المستهلك يحمل شهادة بالحالة الطبية الطارئة. يُرجى الملاحظة بأن شهادات إضافية تكون مطلوبة لتمديد تأجيل الإيقاف. يجب ألا يتجاوز تأجيل الإيقاف بسبب حالات طبية طارئة مدة 63 يوماً.

## Medical Emergency Patient

Patient suffers from an existing medical condition that will **be aggravated by the lack of utility service**. A utility shall postpone disconnection for no longer than 21 days if the customer or member of customer's household has a certified medical emergency. Please note, additional certificates are required to extend postponement of shutoff. Postponement of shutoff for medical emergency conditions shall not exceed 63 days.

أشهد أن المريض يعاني من الحالة (الحالات) الطبية الطارئة التالية والتي ستفاقم نتيجة انقطاع خدمة الكهرباء و/أو الغاز الطبيعي.

I certify that the patient has the following medical emergency condition(s) that will be aggravated by the loss of electricity and/or natural gas service.

Condition(s): الحالة (الحالات):

Time Period: الفترة الزمنية:

Equipment: المعدات:

## مريض بحاجة إلى الرعاية الحرجة

يستخدم المريض معدات طبية داعمة للحياة في المنزل وسيكون إنهاء خدمة المرفق مهدداً للحياة على الفور. يجب تأجيل انقطاع خدمة المرفق للمستهلك الذي يحتاج إلى الرعاية الحرجة على أساس سنوي. (يجب إكمال استمارة شهادة طبية جديدة وتقديمها سنوياً لتجديدها).

## Critical Care Patient

Patient uses life-supporting medical equipment at home and termination of the utility service would be **immediately life threatening**. Disconnection of utility service for Critical Care customers shall be postponed on an annual basis. (A new Medical Certification Form must be completed and submitted annually to be renewed.)

يستخدم المريض نظام (أنظمة) دعم الحياة أو المعدات الطبية التالية:

The following life-support system(s) or medical equipment is/are used by the patient:

Equipment: المعدات:

Additional comments (if any): التعليقات الإضافية (إن وُجدت):

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.

اختر واحداً مما يلي: Please check one:			
License #: رقم الترخيص:	Name: الاسم:	طبيب Physician	<input type="checkbox"/>
License #: رقم الترخيص:	Name: الاسم:	مسؤول في قطاع الصحة العامة Public Health Official	<input type="checkbox"/>
Zip: الرمز البريدي:	State: الولاية:	City: المدينة:	Business Address: عنوان العمل:
Fax: الفاكس:		Business Phone: رقم هاتف العمل:	
<p>أشهد أنني فحصت المريض المحدد في هذه الاستمارة وأن المعلومات المقدمة صحيحة إلى حد علمي، وأن المريض يستوفي معايير "مريض حالة طبية طارئة" أو "مريض بحاجة إلى الرعاية الحرجة" من خلال وضع علامة على الخانة المختارة والتوقيع على هذه الاستمارة.</p> <p><i>I certify that the patient identified on this form has been examined by me and to the best of my knowledge, information provided is true, and that, in checking the selected box and signing this form, the patient meets the criteria of a "Medical Emergency Patient" or a "Critical Care Patient."</i></p>			
Date: التاريخ:	Signature: التوقيع:		

لضمان مراجعة استمارة التصديق هذه ومعالجتها في الوقت المناسب، يجب أن تكون الردود باللغة الإنكليزية. قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة باللغة الإنكليزية إلى التأخر في المعالجة ولن يؤدي إلى تمديد فترة السماح أو الحماية البالغة 3 أيام.