

회사 로고  
Company Logo

## 의료 인증서 양식 Medical Certification Form

의사 및 공중 보건 공무원님께: 본 양식은 미시간 주 공공서비스위원회에서 승인한 것으로 이 환자의 의학적 상태를 확인하는 데 사용될 수 있으며 이는 공공 서비스 차단을 유보하는 데 정당한 근거가 될 수 있습니다.  
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.

### 안내

고객은 서명이 실린 의료 응급 보류 요청서를 제출하여 유틸리티 서비스 중단을 연기하거나 서비스를 복원할 수 있습니다. 전력 사용권을 계속 유지하려면 이 인증서를 작성하여 영업일 기준 3 일 이내에 사용 중인 공공 서비스사측에 반환해야 합니다. 공공 서비스가 필수인 경우, 서비스 중단 시 현장 백업 기능이나 기타 대안을 마련해야 합니다.

고객이 의사 또는 공중 보건 공무원이 서명한 의료상 응급상황 보류 요청서와 아래 나열된 추가 필수 정보를 제출하는 경우, \*Utility Company\*(은)는 최소 21 일 동안 차단 조치를 유예하고 해당되는 경우 서비스를 복원합니다. 미납으로 서비스가 중단된 경우 서비스 복구를 위해 고객의 계좌에 보증금이 청구될 수 있습니다.

**이 양식을 승인한다고 해서 무기한으로 중단을 유예하는 것이 아닙니다.** 향후 서비스 종료를 피하려면 미납 요금 해결을 위한 조치를 해야 합니다. \*Utility URL Location\*를 방문하여 에너지 요금 납부에 도움이 되는 프로그램을 찾아보시기 바랍니다. 또한 United Way 에 211 번으로 연락하면 무료 기밀 서비스를 받을 수도 있습니다. 이 서비스는 주 전역의 지역 커뮤니티 기반 단체와 사람들을 연결해 주며 공공요금 지원 및 기타 필요한 지원 사항을 도와줄 수 있습니다.

### 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, \*Utility Company\* 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 \*Utility URL Location\* 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 communitybased organizations across the state that can help with utility assistance and other needs.

### 이러한 정의는 본 양식 사용 시 적용됩니다:

**의료상 응급상황** - 고객이나 고객의 가정 구성원 중 어떤 사람의 의사나 공중보건 당국이 의사확인서에 정의하고 인증한 대로, 이미 존재하는 의료 상태가 유틸리티 서비스 부족으로 인해 악화될 것으로 판명된 경우, 고객 또는 고객 가구 구성원에게 인증된 의료 응급 상황이 발생한 경우, 서비스 제공업체는 21 일을 초과하지 않는 범위 내에서 서비스 중단을 연기해야 합니다. 차단 연기를 연장하려면 추가 인증서가 필요하다는 점에 유의하세요.

의료상 응급상황 상태로 인한 차단 연기는 63 일을 초과할 수 없습니다.

**중환자 고객** - 가정용 의료 장비 또는 생명 유지 시스템이 필요하거나 이를 필요로 하는 가족 구성원이 있는 고객으로, 매년 정기적으로 의사 또는 의료 시설에서 발급한 의료 인증서를 통해 의료 장비 또는 생명 유지 시스템을 확인하고 서비스 중단 시 즉시 생명을 위협할 수 있음을 증명하는 양식을 공공 서비스사에 제출하는 모든 고객을 의미합니다. 중환자 고객에 대한 공공 서비스 중단은 매년 연기됩니다. (새로운 의료 증명서를 작성하여 제출해야 합니다).

## 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.

**Critical Care Customer** - 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).

### 의료상 보류를 요청하는 방법:

1. 의료 증명서 양식의 **섹션 1** 은 의료상 보류가 필요한 가구의 거주자 또는 환자가 18 세 미만인 경우 법적 부모 또는 보호자가 작성해야 합니다.
2. 의료 증명서 양식의 **섹션 2** 는 \*Utility Company\* 기록 고객이 작성해야 합니다.
3. 의료 증명서 양식의 **섹션 3** 은 의사 또는 공중 보건 담당자가 작성해야 합니다.
4. **작성한 양식**과 유효한 신분증을 \*Utility Company\*에 제출하세요:  
보안 웹사이트:                \*Utility URL location\*  
보안 이메일:                    \*Utility email location\*  
팩스 번호:                       (000) 000 -000

## TO MAKE A REQUEST FOR A MEDICAL HOLD:

1. **Section 1** of the Medical Certification Form to be completed by resident of household requiring Medical Emergency Holdor by legal parent or guardian if patient is under the age of 18.
2. **Section 2** of the Medical Certification Form to be completed by \*Utility Company\* customer of record.
3. **Section 3** of the Medical Certification Form to be completed by physician or Public Health Official.
4. **Return the completed form** and valid identification to \*Utility Company\*:  
Secure website:                \*Utility URL location\*  
Secure email:                    \*Utility email location\*  
Fax number:                       (000) 000 -000

이 양식은 전부 작성해야 하며, 읽기 쉽게 작성해야 처리 가능합니다. 별도의 표시가 없는 한 모든 정보는 필수입니다. 작성된 양식은 영업일 기준 1 일 이내에 처리됩니다. 궁금한 점이 있으시면 \*Utility Company\*에 \*Phone Number\*(으)로 문의하세요.

**This form must be complete and legible to be processed.** All information is required unless otherwise indicated. Completed forms will be processed within one business day. If you have any questions, please contact \*Utility Company\* at \*Phone Number\*.

**이 페이지는 일부러 비운 페이지입니다.**  
**This page is intentionally blank**

회사 로고  
Company Logo

# 의료 인증서 양식

## Medical Certification Form

의사 및 공중 보건 공무원님에게: 본 양식은 미시간 주 공공서비스위원회에서 승인한 것으로 이 환자의 의학적 상태를 확인하는 데 사용될 수 있으며 이는 공공 서비스 차단을 유효하는 데 정당한 근거가 될 수 있습니다.

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.

**서비스를 계속 유지하려면 이 양식의 모든 섹션을 읽기 쉽게 작성한 후 영업일 기준 3 일 이내에 공공 서비스 제공사에 반환해야 합니다. 완성하지 않은 양식은 유효하지 않습니다.**

**FOR SERVICE TO REMAIN ON, ALL SECTIONS OF THIS FORM MUST BE COMPLETED, LEGIBLE AND RETURNED TO THE UTILITY WITHIN 3 BUSINESS DAYS. INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE CONSIDERED.**

본인은 (Utility)가 공공 서비스 유지를 보장할 수 없으며, 이러한 손실이 발생할 경우 백업 시스템을 갖추거나 대체 계획을 마련하는 것은 본인의 책임임을 이해합니다. 이 인증서 양식을 사용한다고 해서 예기치 않은 정전 발생 시 서비스 복구와 관련하여 고객에게 어떠한 권리도 부여되지 않습니다.

I understand that (Utility) 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.

### 섹션 1: 환자는 다음 정보를 작성해야 합니다

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

환자 이름: \_\_\_\_\_  
Patient's name

생년월일: \_\_\_\_\_  
Birthdate

고객(계좌주)과의 관계:  본인  
Relationship to Customer (Account holder) Self

기타 \_\_\_\_\_  
Other

집전화/휴대전화 ( ) \_\_\_\_\_  
Home/Cell

직장전화 ( ) \_\_\_\_\_  
Work

본인은 본 요청의 검토, 승인 및 처리를 지원하기 위해 본인의 의료 서비스 제공자가 본 의료 인증 양식에 포함된 의료 정보를 본인의 공공 서비스 제공사 또는 공공 서비스 제공사에서 승인한 제 3 자에게 공개하는 것을 승인합니다. 본인은 지속적인 공공 서비스가 보장되지 않으며, 공공 서비스 중단 시 백업 시스템을 갖추거나 대체 계획을 세우는 것은 본인의 책임임을 이해합니다. 본인은 환자가 아래 기재된 주소에 거주하고 있으며 제공된 모든 정보가 정확함을 증명합니다. 중환자 치료 보류 조건을 충족하는 경우, 본인은 또한 이 의료 보류가 더 이상 필요하지 않을 때 회사에 알리는 데 동의합니다.

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.

서명: \_\_\_\_\_  
Signature: 환자/법적 보호자/법적 대리인  
Patient/Legal Guardian/Power of Attorney

날짜: \_\_\_\_\_  
Date:

**섹션 2: 고객(계좌주)은 다음 정보를 작성해야 합니다**

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

고객명 (정자체)

Customer Name (printed)

고객 주소

Customer Address

도시, 주, 우편번호

City, State, Zip

집전화/휴대전화 ( )

Home/Cell Phone

직장전화 ( )

Work Phone

집 이메일:

Home Email:

서비스 유형:

Type of Service:

계좌 번호:

Account Number:

전력  
Electric

가스  
Gas

*본인은 위의 정보가 정확하며 환자가 기록상 고객 또는 이 주소에 거주하는 기록상 고객의 가족 구성원임을 증명합니다.*

*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.*

고객 서명:

Customer Signature:

날짜:

Date:

이 양식을 승인한다고 해서 무기한으로 중단을 유예하는 것이 아닙니다. 향후 서비스 종료를 피하려면 미납 요금 해결을 위한 조치를 해야 합니다. 본 기관 웹사이트를 방문하시거나 United Way 에 211 번으로 연락하여 공공요금 납부에 도움이 되는 프로그램을 찾아보시기 바랍니다.

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.

**섹션 3: 다음 정보는 의사 또는 공중 보건 담당자가 작성해야 합니다**

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

**아래 상자 중 하나를 선택하여 다음 조건 중 하나를 선택해 주세요:**

**Please Select One of the following conditions by checking one of the boxes below:**

**의료상 응급상황 환자**

환자가 기존 질환을 앓고 있으며 이는 공공 서비스 부족으로 인해 악화될 수 있는 상태입니다. 고객 또는 고객 가구 구성원에게 인증된 의료 응급 상황이 발생한 경우, 서비스 제공업체는 21 일을 초과하지 않는 범위 내에서 서비스 중단을 연기해야 합니다. 차단 연기를 연장하려면 추가 인증서가 필요하다는 점을 양지해 주세요. 의료상 응급상황 상태로 인한 차단 연기는 63 일을 초과할 수 없습니다.

**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.*

*본인은 환자에게 전기 및/또는 천연가스 서비스 중단으로 인해 악화될 수 있는 다음과 같은 의료상 응급상황 상태가 있음을 확인합니다.*

*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.*

상태(들): \_\_\_\_\_  
Condition(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

장비: \_\_\_\_\_ 기간: \_\_\_\_\_  
Equipment: \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_

**중환자**  
환자가 집에서 생명 유지 의료 장비를 사용하고 있으며 공공 서비스를 중단하면 즉시 생명이 위협해질 수 있습니다. 중환자  
고객에 대한 공공 서비스 중단은 매년 연기됩니다. (매년 새로운 의료 인증서 양식을 작성하여 제출해야 갱신할 수 있습니다.)

**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.)*

환자가 사용하는 생명 유지 장치 또는 의료 장비는 다음과 같습니다:  
The following life-support system(s) or medical equipment is/are used by the patient:

장비: \_\_\_\_\_  
Equipment: \_\_\_\_\_

추가 의견(있는 경우):  
Additional comments (if any):

하나를 선택하세요:  의사  공중 보건 공무원      자격증 #: \_\_\_\_\_  
Check one:  Physician  Public Health Official      License #: \_\_\_\_\_

의사 이름: \_\_\_\_\_ 이름 및 직책(의사가 아닌 경우): \_\_\_\_\_  
Physician name: \_\_\_\_\_ Name and Job title (if not a physician): \_\_\_\_\_

사업(장) 주소: \_\_\_\_\_  
Business address: \_\_\_\_\_  
사업(장) 전화번호: \_\_\_\_\_ 팩스: \_\_\_\_\_  
Business phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

본인은 이 양식에 기재된 환자를 본인이 진찰했으며, 본인이 아는 한 제공된 정보가 사실이며, 선택한 확인란을 선택하고 이 양식에 서명함으로써 해당 환자가 "의료 응급 환자" 또는 "중환자"의 기준을 충족함을 확인합니다.

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."

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_