

# Форма медицинского свидетельства Medical Certification Form

Врачам и должностным лицам государственного здравоохранения: эта форма была одобрена Комиссией по коммунальному обслуживанию штата Мичиган для проверки состояния здоровья лица, чтобы обосновать приостановку отключения коммунальных услуг.

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.

## Инструкции

Потребитель услуг может предъявить подписанное свидетельство о неотложном медицинском диагнозе, чтобы отсрочить прекращение предоставления коммунальных услуг или возобновить предоставление услуг. Чтобы предотвратить отключение электричества, необходимо заполнить это свидетельство и вернуть в коммунальное предприятие в течение 3 рабочих дней. Если коммунальное обслуживание является необходимостью, вам необходимо принять другие меры на месте или найти альтернативные источники энергии в случае утраты возможности получения услуг.

Если потребитель отправляет запрос на приостановку отключения услуг согласно медицинскому диагнозу, подписанному врачом или должностным лицом государственного здравоохранения, а также дополнительную необходимую информацию, указанную ниже,

приостановит действие по отключению как минимум на 21 день, а поставка услуг будут возобновлена, если это применимо. С потребителя может быть списан залог за возобновление услуги в связи с отключением за неуплату.

**Подтверждение этой формы не предотвращает отключения на неопределенный срок.** Вам необходимо принять меры по оплате неоплаченных счетов, во избежание прекращения предоставления услуг в будущем. Мы рекомендуем вам посмотреть список

чтобы найти доступные программы, помогающие оплачивать счета за электроэнергию. Вы также можете связаться с United Way по телефону 211, чтобы получить бесплатную конфиденциальную услугу, с помощью которой вы сможете связаться с местными общественными организациями по всему штату, оказывающими помощь с коммунальными услугами и по другим вопросам.

## 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.

## Эти определения применимы при использовании данной формы:

**Неотложная медицинская помощь** — это существующий медицинский диагноз потребителя или члена его семьи, определенный и подтвержденный врачом или должностным лицом государственного здравоохранения в данной форме медицинского свидетельства, который может ухудшиться ввиду отсутствия коммунального обслуживания. Коммунальное предприятие должно отсрочить отключение не более чем на 21 день, в случае возникновения у потребителя или члена его семьи подтвержденного неотложного медицинского диагноза. Обратите внимание, что для продления отсрочки отключения необходимы дополнительные справки. Отсрочка отключения по причине возникновения неотложного медицинского диагноза не должна превышать 63 дня.

## 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.

Чтобы обеспечить своевременное рассмотрение и обработку этой формы для сертификации, ответы должны быть даны на английском языке. Предоставление запрошенной информации на языке отличном от английского языка может привести к задержкам при обработке формы и не позволит продлить трехдневный льготный период или защиту.

**Клиент, нуждающийся в интенсивной терапии** это - любой потребитель услуг или член семьи потребителя услуг, которому требуется домашнее медицинское оборудование или система жизнеобеспечения, ежегодно предоставляющий коммунальному предприятию данную форму медицинского свидетельства от врача или медицинского учреждения, фиксируя наличие медицинского оборудования или системы жизнеобеспечения и, таким образом, удостоверяя, что прерывание предоставления коммунальных услуг будет представлять непосредственную угрозу для жизни. Отключение коммунальных услуг для клиентов, нуждающихся в интенсивной терапии должно откладываться ежегодно. (Необходимо заполнить и отправить новую форму медицинского свидетельства).

**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).

### **ЧТОБЫ СДЕЛАТЬ ЗАПРОС НА ОТСРОЧКУ ОТКЛЮЧЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ:**

1. **Раздел 1:** заполняется резидентом домохозяйства, которому требуется экстренная медицинская помощь, или законным родителем или опекуном, если пациенту меньше 18 лет.
2. **Раздел 2:** Заполняется зарегистрированным клиентом
3. **Раздел 3:** Заполняется врачом или должностным лицом органа общественного здравоохранения.
4. **Верните заполненную форму** и предъявите действительное удостоверение личности в

Безопасный сайт:

Безопасная электронная почта:

Номер факса:

**Для обработки эта форма должна быть заполнена полностью и разборчиво.** Вся информация является обязательной для заполнения, если не указано иное. Заполненные формы будут обработаны в течение одного рабочего дня. Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с

по

### **To make a request for a medical hold:**

1. **Section 1:** 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.
2. **Section 2:** To be completed by \_\_\_\_\_ customer of record.
3. **Section 3:** To be completed by physician or Public Health Official.
4. Return the completed form and valid identification to

Secure website:

Secure email:

Fax number:

**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 \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_.

Russian: Чтобы обеспечить своевременное рассмотрение и обработку этой формы для сертификации, ответы должны быть даны на английском языке. Предоставление запрошенной информации на языке отличном от английского языка может привести к задержкам при обработке формы и не позволит продлить трехдневный льготный период или защиту.

R2024 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.

**Эта страница намеренно оставлена пустой**  
**This page is intentionally blank**

# Форма медицинского свидетельства Medical Certification Form

Врачам и должностным лицам государственного здравоохранения: эта форма была одобрена Комиссией по коммунальному обслуживанию штата Мичиган для проверки состояния здоровья лица, чтобы обосновать приостановку отключения коммунальных услуг.

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.

**ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ СВОЕВРЕМЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ЭТОЙ ФОРМЫ СЕРТИФИКАЦИИ, ВСЕ РАЗДЕЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ, ОТВЕТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ДАНЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ И, ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ ВОЗВРАЩЕНА В КОММУНАЛЬНУЮ КОМПАНИЮ В ТЕЧЕНИЕ 3 РАБОЧИХ ДНЕЙ. НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАПРОШЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ЗАДЕРЖКАМ В ОБРАБОТКЕ ФОРМЫ И НЕ ПРОДЛЕНИЮ 3-ДНЕВНОГО ЛЬГОТНОГО ПЕРИОДА ИЛИ ЗАЩИТУ.**

**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.**

*Я понимаю, что \_\_\_\_\_ не может гарантировать непрерывное предоставление коммунальных услуг, и это моя обязанность принять другие срочные меры или иметь альтернативные источники энергии на случай утраты предоставления такой услуги. Использование данной формы свидетельства не дает потребителю никаких прав на восстановление предоставления услуги в случае непредвиденного отключения.*

*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.*

## Раздел 1: Следующую информацию заполняет Пациент Section 1: the following information is to be completed by the Patient

|   |                                  |                           |  |
|---|----------------------------------|---------------------------|--|
| Имя Пациента: Patient's Name:   |                                  | Дата рождения: Birthdate: |  |
| Отношение к клиенту (владелец счета):<br>Relationship to Customer (Account holder):   | Я сам являюсь клиентом:<br>Self: | Другой человек : Other:   |  |
| Домашний/мобильный телефон: Home/Cell:  |                                  | Работа: Work:             |  |
| <p>Настоящим я уполномочиваю своего (своих) поставщика (ов) медицинских услуг передать медицинскую информацию, включенную в данную ФОРМУ медицинского свидетельства, моему коммунальному предприятию или третьим лицам, уполномоченным коммунальным предприятием, для оказания помощи в рассмотрении, одобрении и обработке этого запроса. Я понимаю, что непрерывное предоставление коммунальных услуг не гарантируется, и что - это моя обязанность принять другие экстренные меры или иметь альтернативные источники энергии на случай утраты предоставления такой услуги. Я подтверждаю, что пациент проживает по адресу, указанному ниже, и что вся предоставленная информация является точной. Если я отвечаю критериям программы Интенсивной терапии, я также даю согласие уведомить компанию, когда необходимости в отсрочке отключения услуг более не будет.</p> <p><i>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.</i></p> |                                  |                           |  |
| Подпись (Пациент/ Законный опекун/ Доверенное лицо):<br>Signature (Patient/Legal Guardian/Power of Attorney):   |                                  | Дата: Date:               |  |

Чтобы обеспечить своевременное рассмотрение и обработку этой формы для сертификации, ответы должны быть даны на английском языке. Предоставление запрошенной информации на языке отличном от английского языка может привести к задержкам при обработке формы и не позволит продлить трехдневный льготный период или защиту.

**Раздел 2: следующую информацию заполняет клиент (владелец счета)****Section 2: the following information is to be completed by the customer (Account Holder)**

Имя клиента (печатными буквами): Customer Name (Printed):

|                                  |              |              |                       |
|----------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|
| Адрес клиента: Customer Address: | Город: City: | штат: State: | почтовый индекс: Zip: |
|----------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| Домашний/мобильный телефон:<br>Home/Cell: | Работа: Work: | Домашний электронный адрес: Home Email: |
|---|---------------|---|

|                              |                               |                    |            |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------|------------|
| Номер счета: Account Number: | Тип услуги<br>Type of Service | Электр<br>Electric | Газ<br>Gas |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------|------------|

**Я подтверждаю, что приведенная выше информация является точной И пациент является зарегистрированным потребителем услуг или членом семьи зарегистрированного потребителя услуг, проживающим по этому адресу.**

***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.***

Подпись клиента: Customer Signature:

Дата: Date:

**Одобрение этой формы не предотвращает отключения на неопределенный срок. Вам необходимо принять меры по оплате неоплаченных счетов, во избежание прекращения предоставления услуг в будущем. Мы рекомендуем вам посетить наш сайт или связаться с United Way по телефону 211, чтобы найти доступные программы помощи по оплате счетов за коммунальные услуги.**

**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.**

Чтобы обеспечить своевременное рассмотрение и обработку этой формы для сертификации, ответы должны быть даны на английском языке. Предоставление запрошенной информации на языке отличном от английского языка может привести к задержкам при обработке формы и не позволит продлить трехдневный льготный период или защиту.

**Раздел 3: следующая информация заполняется врачом или должностным лицом государственного здравоохранения**

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

**Выберите одно из следующих условий, отметив одно из полей ниже:  
Please select one of the following conditions by checking one of the boxes below:**

**Пациент неотложной медицинской помощи**

Пациент страдает от существующего заболевания, которое может **усугубиться при отсутствии поставки коммунальных услуг**. Коммунальное предприятие должно отсрочить отключение не более чем на 21 день, в случае возникновения у потребителя или члена его семьи подтвержденного неотложного медицинского диагноза. Обратите внимание, что для продления отсрочки отключения необходимы дополнительные справки. Отсрочка отключения по причине возникновения неотложного медицинского диагноза не должна превышать 63 дня.

**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.*

**Я подтверждаю, что у пациента имеется следующий неотложный медицинский диагноз, который может усугубиться при условии отключения электричества и/или природного газа.**

***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.***

Условие (я): Condition(s):

Оборудование: Equipment:

Временной период: Time Period:

**Пациент интенсивной терапии**

Пациент пользуется дома медицинским оборудованием для жизнеобеспечения, и прекращение поставки коммунальных услуг может стать **непосредственной угрозой для жизни**. Отключение коммунальных услуг для клиентов Интенсивной терапии должно откладываться ежегодно. (Новую форму медицинского свидетельства необходимо заполнять и подавать ежегодно для ее обновления.)

**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.)*

**Пациент использует следующие системы жизнеобеспечения или медицинское оборудование:  
*The following life-support system(s) or medical equipment is/are used by the patient:***

Оборудование: Equipment:

Дополнительные комментарии (если таковые есть): Additional comments (if any):

Чтобы обеспечить своевременное рассмотрение и обработку этой формы для сертификации, ответы должны быть даны на английском языке. Предоставление запрошенной информации на языке отличном от английского языка может привести к задержкам при обработке формы и не позволит продлить трехдневный льготный период или защиту.

| <b>Отметьте: Please check one:</b>  |            |                        |                                       |
|---|------------|------------------------|---------------------------------------|
| Врач:<br>Physician:   | Имя: Name: | № лицензии: License #: |                                       |
| Представитель<br>государственного<br>здравоохранения<br>Public Health Official  | Имя: Name: | № лицензии: License #: |                                       |
| Юридический адрес: Business Address:  |            | Город: City:           | Штат: State: почтовый индекс:<br>Zip: |
| Рабочий телефон: Business Phone:  |            | Факс: Fax:             |                                       |
| <p><b>Я подтверждаю, что осмотрел (а) пациента, чьи данные указаны в этой форме, и, насколько мне известно, предоставленная информация является верной. Отметив выбранное поле и подписав эту форму, я подтверждаю, что пациент соответствует критериям предоставления неотложной медицинской помощи или критериям пациента интенсивной терапии.</b></p> <p><b><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></b></p> |            |                        |                                       |
| Подпись: Signature:   |            | Дата: Date:            |                                       |

Чтобы обеспечить своевременное рассмотрение и обработку этой формы для сертификации, ответы должны быть даны на английском языке. Предоставление запрошенной информации на языке отличном от английского языка может привести к задержкам при обработке формы и не позволит продлить трехдневный льготный период или защиту.