

Logo de la empresa Company Logo	<h1>Formulario de Certificación Médica</h1> <h2>Medical Certification Form</h2>	
<p>A los Médicos y Funcionarios de Salud Pública: Este formulario ha sido aprobado por la Comisión de Servicios Públicos de Michigan para verificar una enfermedad de este paciente que justifica la suspensión del corte de los servicios públicos.</p>	<p>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.</p>	
<p>Instrucciones</p> <p>Un cliente puede proporcionar una solicitud de suspensión por emergencia médica firmada para posponer la interrupción de los servicios públicos o para restaurar el servicio. Para que se mantenga el suministro eléctrico, es necesario rellenar este certificado y devolverlo a la empresa de servicios públicos en un plazo de 3 días hábiles. Si necesita el servicio público, debe hacer otros arreglos para tener un respaldo u otras alternativas en caso de interrupción del servicio.</p> <p>Si un cliente presenta una solicitud de suspensión por emergencia médica firmada por un Médico o Funcionario de salud pública, junto con la información adicional requerida que se indica a continuación, suspenderá el corte durante al menos 21 días, y los servicios se restablecerán, cuando corresponda. Es posible que se cargue a la cuenta del cliente un depósito por el restablecimiento del servicio debido a la desconexión por falta de pago.</p> <p>La aprobación de este formulario no impide el corte indefinido del servicio. Debe tomar pasos para liquidar las facturas adeudadas a fin de evitar el cese del servicio en el futuro. Lo alentamos a que visite para encontrar programas disponibles para que le ayuden a pagar las facturas de electricidad. También puede ponerse en contacto con United Way al 211 para obtener un servicio gratuito confidencial que pone en contacto a las personas con las organizaciones comunitarias locales de todo el estado que pueden ayudar con la asistencia para los servicios públicos y otras necesidades.</p>	<p>Instructions</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>Se aplican las siguientes definiciones al usar este formulario:</p> <p>Emergencia Médica: una enfermedad médica existente del cliente o de un miembro del hogar del cliente, según lo definido y certificado por un Médico o Funcionario de Salud Pública en este formulario de certificación médica, que se agravará por la falta de servicios públicos. La empresa de servicios públicos suspenderá el corte por no más de 21 días si el cliente o un miembro de su hogar tiene una emergencia médica certificada. Tenga en cuenta que se requieren certificados adicionales para suspender el corte. La suspensión del corte en caso de emergencia médica no podrá superar los 63 días.</p>	<p>These definitions apply in using this form:</p> <p>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.</p>	

Para asegurar la revisión y el procesamiento oportunos de este formulario de certificación, las respuestas deben estar en inglés. No proporcionar la información solicitada en inglés puede generar los retrasos de procesamiento y no se extenderá el período de gracia o protección de 3 días.

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.

Cliente de Cuidados Críticos: se refiere a cualquier cliente que requiera, o tenga un miembro de su hogar que requiera, equipo médico para el hogar o un sistema de soporte vital, y que, anualmente, proporcione este formulario de certificación médica de un médico o centro médico, a la empresa de servicios públicos, en el que se identifique el equipo médico o el sistema de soporte vital y se certifique que una interrupción del servicio pondría inmediatamente en peligro su vida. El corte del servicio público para los clientes de Cuidados Críticos se suspenderá anualmente. (Deberá completar y presentar un nuevo formulario de certificación médica).

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).

Para solicitar una suspensión por una emergencia médica:

1. **Sección 1:** debe ser completada por el residente del hogar que requiere la suspensión por emergencia médica o por el padre, madre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años.
2. **Sección 2:** debe ser completada por el cliente registrado de
3. **Sección 3:** debe ser completada por el Médico o el Funcionario de Salud Pública.
4. **Devuelva el formulario completo y la identificación válida a**
 Sitio web seguro:
 Correo electrónico seguro:
 Número de fax:

Este formulario debe estar completo y ser legible para ser procesado. Toda la información es obligatoria a menos que se indique lo contrario. Los formularios completos se procesarán dentro de un día hábil. Si tiene preguntas, por favor póngase en contacto con al .

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 .

Para asegurar la revisión y el procesamiento oportunos de este formulario de certificación, las respuestas deben estar en inglés. No proporcionar la información solicitada en inglés puede generar los retrasos de procesamiento y no se extenderá el periodo de gracia o protección de 3 días.

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.

Esta página está intencionalmente en blanco
This page is intentionally blank

Formulario de Certificación Médica Medical Certification Form

A los Médicos y Funcionarios de Salud Pública: Este formulario ha sido aprobado por la Comisión de Servicios Públicos de Michigan para verificar una enfermedad de este paciente que justifica la suspensión del corte de los servicios públicos.

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.

PARA ASEGURAR LA REVISIÓN Y EL PROCESAMIENTO OPORTUNOS DE ESTE FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN, TODAS LAS SECCIONES DEBEN ESTAR COMPLETAS, LAS RESPUESTAS DEBEN ESTAR EN INGLÉS Y DEVUELTAS A LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DENTRO DE LOS 3 DÍAS HÁBILES. NO PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN INGLÉS PUEDE GENERAR LOS RETRASOS DE PROCESAMIENTO Y NO SE EXTENDERÁ EL PERIODO DE GRACIA O PROTECCIÓN DE 3 DÍAS.

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.

Entiendo que no puede garantizar la continuidad del servicio y es mi responsabilidad mantener un sistema de respaldo o tener un plan alternativo en caso de dicho cese de servicio. El uso de este formulario de certificado no proporciona ningún derecho al cliente en relación con el restablecimiento del servicio en caso de un corte inesperado.

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.

Sección 1: la siguiente información debe ser completada por el Paciente Section 1: the following information is to be completed by the Patient

Nombre del Paciente: Patient's Name:

Fecha de Nacimiento: Birthdate:

Relación con el Cliente (Titular de la Cuenta):
Relationship to Customer (Account holder):

Titular:
Self:

Otro:
Other:

Teléfono de línea/Celular: Home/Cell:

Teléfono de trabajo: Work:

Por la presente autorizo a mi proveedor de atención médica a divulgar la información médica incluida en este FORMULARIO de certificación médica a mi empresa de servicios públicos, o a una tercera parte autorizada por la empresa de servicios públicos, para ayudar a revisar, aprobar y procesar esta solicitud. Entiendo que no se puede garantizar la continuidad del servicio y es mi responsabilidad mantener un sistema de respaldo o tener un plan alternativo en caso de dicho cese de servicio. Certifico que el paciente vive en el domicilio indicado a continuación y que toda la información brindada es precisa. Si cumplo con las condiciones para una suspensión por Cuidados Críticos, también me comprometo a notificar a la empresa cuando esta suspensión por emergencia médica ya no sea necesaria.

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.

Firma (Paciente/Tutor/Apoderado): Signature (Patient/Legal Guardian/Power of Attorney):

Fecha: Date:

Para asegurar la revisión y el procesamiento oportunos de este formulario de certificación, las respuestas deben estar en inglés. No proporcionar la información solicitada en inglés puede generar los retrasos de procesamiento y no se extenderá el periodo de gracia o protección de 3 días.

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.

Patient's Name:

Birthdate:

Sección 2: la siguiente información debe ser completada por el cliente (Titular de la Cuenta)

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

Nombre del Cliente (En Imprenta): Customer Name (Printed):

Dirección del Cliente: Customer Address:

Ciudad: City:

Estado: State:

Código Postal: Zip:

Teléfono de línea/Celular: Home/Cell:

Teléfono de trabajo: Work:

Correo Electrónico: Home Email:

Número de Cuenta: Account Number:

Tipo de Servicio
Type of Service

Electricidad
Electric

Gas
Gas

Certifico que la información anterior es precisa Y que el paciente es el cliente registrado o un miembro del hogar del cliente registrado que reside en esta dirección.

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.

Firma del Cliente: Customer Signature:

Fecha: Date:

La aprobación de este formulario no impide el corte indefinido. Debe tomar pasos para liquidar las facturas adeudadas a fin de evitar el cese del servicio en el futuro. Le alentamos a que visite nuestra página web o se ponga en contacto con United Way al 211 para encontrar los programas disponibles para ayudarlo a pagar las facturas de los servicios públicos.

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.

Para asegurar la revisión y el procesamiento oportunos de este formulario de certificación, las respuestas deben estar en inglés. No proporcionar la información solicitada en inglés puede generar los retrasos de procesamiento y no se extenderá el periodo de gracia o protección de 3 días.

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.

Patient's Name:

Birthdate:

Sección 3: la siguiente información debe ser completada por un Médico o Funcionario de Salud Pública
Section 3: the following information is to be completed by a Physician or Public Health Official

Por favor, seleccione una de las siguientes enfermedades marcando una de las casillas a continuación:
Please select one of the following conditions by checking one of the boxes below:

Paciente con una Emergencia Médica
*El paciente sufre de una enfermedad existente que se **agravará por la falta de servicios públicos**. La empresa de servicios públicos suspenderá el corte por no más de 21 días si el cliente o un miembro de su hogar tiene una emergencia médica certificada. Tenga en cuenta que se requieren certificados adicionales para suspender el corte. La suspensión del corte en caso de emergencia médica no podrá superar los 63 días.*

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.*

Certifico que el paciente tiene la(s) siguiente(s) enfermedad(es) de emergencia médica(s) que se agravará(n) por la pérdida del servicio de electricidad y/o gas natural.

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.

Enfermedad(es): Condition(s):

Equipo: Equipment:

Periodo: Time Period:

Paciente de Cuidados Críticos
*El paciente utiliza equipos médicos de soporte vital en su casa y el corte del servicio público supondría una **amenaza inmediata para su vida**. El corte del servicio público para los clientes de Cuidados Críticos se suspenderá anualmente. (Deberá completar y presentar un nuevo formulario de certificación médica de forma anual para que sea renovado).*

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.)*

El paciente utiliza los siguientes sistemas de soporte vital o equipos médicos:

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

Equipo: Equipment:

Comentarios adicionales (si corresponde): Additional comments (if any):

Para asegurar la revisión y el procesamiento oportunos de este formulario de certificación, las respuestas deben estar en inglés. No proporcionar la información solicitada en inglés puede generar los retrasos de procesamiento y no se extenderá el periodo de gracia o protección de 3 días.

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.

Patient's Name:

Birthdate:

Por favor, marque una opción: Please check one:				
<input type="checkbox"/> Médico Physician	Nombre: Name:	Número de licencia: License #:		
<input type="checkbox"/> Funcionario de Salud Pública Public Health Official	Nombre: Name:	Número de licencia: License #:		
Dirección Comercial: Business Address:		Ciudad: City:	Estado: State:	Código Postal: Zip:
Teléfono Comercial: Business Phone:			Fax: Fax:	
<i>Certifico que el paciente identificado en este formulario ha sido examinado por mí y que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera, y que, al marcar la casilla seleccionada y firmar este formulario, el paciente cumple con los criterios de "Paciente con una Emergencia Médica" o "Paciente de Cuidados Críticos".</i>				
<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>				
Firma: Signature:			Fecha: Date:	

Para asegurar la revisión y el procesamiento oportunos de este formulario de certificación, las respuestas deben estar en inglés. No proporcionar la información solicitada en inglés puede generar los retrasos de procesamiento y no se extenderá el periodo de gracia o protección de 3 días.

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.