

Mẫu Đơn Chứng Nhận Y Tế Medical Certification Form

Gửi các bác sĩ và viên chức y tế công: Mẫu đơn này đã được Ủy Ban Dịch Vụ Công Michigan phê duyệt để quý vị sử dụng trong việc xác minh tình trạng y tế của bệnh nhân này nhằm làm cơ sở cho việc tạm dừng ngưng cung cấp dịch vụ tiện ích.

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.

Hướng Dẫn

Khách hàng có thể cung cấp yêu cầu duy trì tình trạng khẩn cấp về y tế có chữ ký để hoãn việc ngưng cung cấp dịch vụ tiện ích hoặc khôi phục dịch vụ. Để duy trì nguồn điện, chứng nhận này cần phải được hoàn tất và gửi lại cho công ty điện lực của quý vị trong vòng 3 ngày làm việc. Nếu dịch vụ tiện ích là cần thiết, quý vị phải sắp xếp các phương án khác để dự phòng tại chỗ hoặc các giải pháp thay thế khác trong trường hợp không được cung cấp dịch vụ.

Nếu khách hàng gửi yêu cầu duy trì tình trạng khẩn cấp về y tế có chữ ký của bác sĩ hoặc viên chức y tế công, cùng với thông tin bắt buộc bổ sung được liệt kê bên dưới,

sẽ tạm dừng việc

ngưng cung cấp dịch vụ trong ít nhất 21 ngày và các dịch vụ sẽ được khôi phục, nếu có. Khách hàng có thể bị tính phí đặt cọc vào tài khoản để khôi phục dịch vụ do bị ngắt kết nối vì không thanh toán.

Việc phê duyệt mẫu đơn này không ngăn cản vô thời hạn việc ngưng cung cấp dịch vụ. Quý vị phải thực hiện các bước để giải quyết các hóa đơn chưa thanh toán để tránh bị chấm dứt dịch vụ trong tương lai. Chúng tôi khuyến nghị quý vị truy cập

để tìm các chương trình có sẵn nhằm hỗ trợ thanh toán hóa đơn năng lượng. Quý vị cũng có thể liên hệ với United Way theo số 211 để có dịch vụ bảo mật miễn phí giúp kết nối mọi người với các tổ chức dựa trên cộng đồng địa phương trên toàn tiểu bang. Dịch vụ này có thể trợ giúp về tiện ích và các nhu cầu khác.

Những định nghĩa này áp dụng khi sử dụng mẫu đơn này:

Tình trạng khẩn cấp về y tế - tình trạng y tế hiện hữu của khách hàng hoặc thành viên trong hộ gia đình khách hàng, như được xác định và chứng nhận bởi bác sĩ hoặc viên chức y tế công trên mẫu chứng nhận y tế này, sẽ trở nên trầm trọng hơn do thiếu dịch vụ tiện ích. Công ty tiện ích sẽ hoãn việc cắt tiện ích trong không quá 21 ngày nếu khách hàng hoặc thành viên trong hộ gia đình khách hàng gặp trường hợp khẩn cấp về y tế được chứng nhận. Vui lòng lưu ý, cần có các chứng nhận bổ sung để gia hạn thời gian hoãn ngưng cung cấp dịch vụ. Việc hoãn ngưng cung cấp dịch vụ trong trường hợp khẩn cấp về y tế sẽ không quá 63 ngày.

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.

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.

Để đảm bảo việc xem xét và xử lý mẫu đơn chứng nhận này kịp thời, các câu trả lời cần phải bằng tiếng Anh. Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu bằng tiếng Anh có thể dẫn đến sự chậm trễ trong quá trình xử lý và sẽ không được gia hạn thời gian ân hạn hoặc bảo vệ 3 ngày.

Khách Hàng Nhận Chăm Sóc Đặc Biệt- có nghĩa là bất kỳ khách hàng nào yêu cầu hoặc có một thành viên trong hộ gia đình yêu cầu thiết bị y tế tại nhà hoặc hệ thống hỗ trợ sự sống và hàng năm cung cấp mẫu đơn chứng nhận y tế này từ bác sĩ hoặc cơ sở y tế cho cơ quan tiện ích, xác định thiết bị y tế hoặc hệ thống hỗ trợ sự sống và xác nhận rằng việc gián đoạn dịch vụ sẽ đe dọa tính mạng ngay lập tức. Việc ngừng cung cấp dịch vụ tiện ích cho Khách Hàng Nhận Chăm Sóc Đặc Biệt sẽ được hoãn lại hàng năm. (Yêu cầu điền và nộp Mẫu Đơn Chứng Nhận Y Tế mới).

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).

Để yêu cầu duy trì tình trạng y tế:

- Mục 1:** Do cư dân trong hộ gia đình yêu cầu Duy Trì Tình Trạng Khẩn Cấp về Y tế hoặc bởi cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi điền vào.
- Mục 2:** Do khách hàng điền vào.
- Mục 3:** Do bác sĩ hoặc Viên Chức Y Tế Công Cộng điền vào.
- Gửi lại mẫu đơn đã điền đầy đủ** và thông tin nhận dạng hợp lệ cho

Trang web bảo mật:

Email bảo mật:

Số Fax:

Để được xử lý, mẫu đơn này phải được hoàn tất và dễ đọc.

Tất cả thông tin là bắt buộc trừ khi có chỉ định khác. Các mẫu đơn đã điền sẽ được xử lý trong vòng một ngày làm việc. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với

theo số

To make a request for a medical hold:

- 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.
- Section 2:** To be completed by _____ customer of record.
- Section 3:** To be completed by physician or Public Health Official.
- 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

Để đảm bảo việc xem xét và xử lý mẫu đơn chứng nhận này kịp thời, các câu trả lời cần phải bằng tiếng Anh. Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu bằng tiếng Anh có thể dẫn đến sự chậm trễ trong quá trình xử lý và sẽ không được gia hạn thời gian ân hạn hoặc bảo vệ 3 ngày.

Trang này được cố ý để trống
This page is intentionally blank

Mẫu Đơn Chứng Nhận Y Tế

Medical Certification Form

Gửi các bác sĩ và viên chức y tế công: Mẫu đơn này đã được Ủy Ban Dịch Vụ Công Michigan phê duyệt để quý vị sử dụng trong việc xác minh tình trạng y tế của bệnh nhân này nhằm làm cơ sở cho việc tạm dừng ngưng cung cấp dịch vụ tiện ích.

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.

ĐỂ ĐẢM BẢO XEM XÉT VÀ XỬ LÝ KỊP THỜI MẪU ĐƠN CHỨNG NHẬN NÀY, TẤT CẢ CÁC MỤC PHẢI ĐƯỢC ĐIỀN VÀO, TRẢ LỜI PHẢI BẰNG TIẾNG ANH VÀ ĐƯỢC GỬI LẠI CÔNG TY TIỆN ÍCH TRONG VÒNG 3 NGÀY LÀM VIỆC. VIỆC KHÔNG CUNG CẤP THÔNG TIN ĐƯỢC YÊU CẦU BẰNG TIẾNG ANH CÓ THỂ DẪN ĐẾN SỰ CHẬM TRỄ TRONG QUÁ TRÌNH XỬ LÝ VÀ SẼ KHÔNG ĐƯỢC GIA HẠN THỜI GIAN ẮN HẠN HOẶC BẢO VỆ 3 NGÀY.

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.

Tôi hiểu rằng không thể đảm bảo dịch vụ tiện ích liên tục và tôi có trách nhiệm duy trì hệ thống dự phòng hoặc có kế hoạch thay thế trong trường hợp không được cung cấp dịch vụ. Việc sử dụng mẫu chứng nhận này không cung cấp bất kỳ quyền nào cho khách hàng về việc khôi phục dịch vụ trong trường hợp ngừng hoạt động ngoài dự kiến.

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.

Mục 1: Bệnh nhân phải điền thông tin sau đây

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

Tên bệnh nhân: Patient's Name: Ngày sinh: Birthdate:

Mối quan hệ với khách hàng (Chủ tài khoản): Relationship to Customer (Account holder): Chính chủ: Self: Khác: Other:

Điện thoại nhà/Di động: Home/Cell: Điện thoại cơ quan: Work:

Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tiết lộ thông tin y tế có trong MẪU ĐƠN chứng nhận y tế này cho công ty tiện ích hoặc các bên thứ ba được công ty tiện ích ủy quyền để hỗ trợ việc xem xét, phê duyệt và xử lý yêu cầu này. Tôi hiểu rằng dịch vụ tiện ích liên tục không được đảm bảo và tôi có trách nhiệm duy trì hệ thống dự phòng hoặc có kế hoạch thay thế trong trường hợp không được cung cấp dịch vụ tiện ích. Tôi xác nhận rằng bệnh nhân sống tại địa chỉ được liệt kê bên dưới và tất cả thông tin được cung cấp là chính xác. Nếu tôi đáp ứng các điều kiện để duy trì tình trạng Chăm Sóc Đặc Biệt, tôi cũng đồng ý thông báo cho công ty khi việc duy trì tình trạng y tế này không còn cần thiết nữa.

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.

Chữ ký (Bệnh nhân/Người giám hộ hợp pháp/Người được ủy quyền): Ngày: Date:
Signature (Patient/Legal Guardian/Power of Attorney):

Để đảm bảo việc xem xét và xử lý mẫu đơn chứng nhận này kịp thời, các câu trả lời cần phải bằng tiếng Anh. Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu bằng tiếng Anh có thể dẫn đến sự chậm trễ trong quá trình xử lý và sẽ không được gia hạn thời gian ẮN HẠN HOẶC BẢO VỆ 3 NGÀY.

Tên bệnh nhân: Patient's Name:

Ngày sinh: Birthdate:

Mục 2: các thông tin sau sẽ được khách hàng (Chủ tài khoản) điền vào
Section 2: the following information is to be completed by the customer (Account Holder)

Tên khách hàng (Tên in hoa): Customer Name (Printed):

Địa chỉ của khách hàng: Customer Address: Thành phố: City: Tiểu bang: State: Mã Zip: Zip:

Điện thoại nhà/Di động: Home/Cell: Điện thoại nhà: Work: Email nhà: Home Email:

Số tài khoản: Account Number: Loại dịch vụ: Điện: Electric Khí: Gas
Type of Service:

Tôi xác nhận thông tin trên là chính xác VÀ bệnh nhân là khách hàng trong hồ sơ hoặc thành viên hộ gia đình của khách hàng trong hồ sơ cư trú tại địa chỉ này.

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.

Chữ ký của khách hàng: Customer Signature: Ngày: Date:

Việc phê duyệt mẫu đơn này không ngăn cản vô thời hạn việc ngừng cung cấp dịch vụ. Quý vị phải thực hiện các bước để giải quyết các hóa đơn chưa thanh toán để tránh bị chấm dứt dịch vụ trong tương lai. Chúng tôi khuyến nghị quý vị truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với United Way theo số 211 để tìm các chương trình hiện có nhằm hỗ trợ thanh toán hóa đơn tiện ích.

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.

Để đảm bảo việc xem xét và xử lý mẫu đơn chứng nhận này kịp thời, các câu trả lời cần phải bằng tiếng Anh. Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu bằng tiếng Anh có thể dẫn đến sự chậm trễ trong quá trình xử lý và sẽ không được gia hạn thời gian ân hạn hoặc bảo vệ 3 ngày.

Mục 3: thông tin sau đây phải được điền bởi Bác Sĩ hoặc Viên Chức Y Tế Công
Section 3: the following information is to be completed by a Physician or Public Health Official

Vui lòng chọn một trong các điều kiện sau bằng cách chọn một trong các ô bên dưới:

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

Bệnh Nhân Có Tình Trạng Khẩn Cấp Y Tế

Bệnh nhân đang mắc phải một tình trạng y tế hiện hữu và sẽ trở nên trầm trọng hơn do thiếu dịch vụ tiện ích. Công ty tiện ích sẽ hoãn việc cắt tiện ích trong không quá 21 ngày nếu khách hàng hoặc thành viên trong hộ gia đình khách hàng gặp trường hợp khẩn cấp về y tế được chứng nhận. Vui lòng lưu ý, cần có các chứng nhận bổ sung để gia hạn thời gian hoãn ngừng cung cấp dịch vụ. Việc hoãn ngừng cung cấp dịch vụ trong trường hợp khẩn cấp về y tế sẽ không quá 63 ngày.

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.

Tôi xác nhận rằng bệnh nhân có (các) tình trạng khẩn cấp y tế sau đây sẽ trở nên trầm trọng hơn do mất điện và/hoặc dịch vụ khí đốt tự nhiên.

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.

Điều kiện: Condition(s):

Thiết bị: Equipment:

Khoảng thời gian: Time Period:

Bệnh Nhân Nhận Chăm Sóc Đặc Biệt

Bệnh nhân sử dụng thiết bị y tế hỗ trợ sự sống tại nhà và việc chấm dứt dịch vụ tiện ích sẽ đe dọa tính mạng ngay lập tức. Việc ngừng cung cấp dịch vụ tiện ích cho Khách Hàng Nhận Chăm Sóc Đặc Biệt sẽ được hoãn lại hàng năm. (Cần hoàn tất và nộp Mẫu Đơn Chứng Nhận Y Tế mới để được gia hạn.)

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.)

Bệnh nhân đang sử dụng (các) hệ thống hỗ trợ sự sống hoặc thiết bị y tế sau đây:

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

Thiết bị: Equipment:

Nhận xét bổ sung (nếu có): Additional comments (if any):

Để đảm bảo việc xem xét và xử lý mẫu đơn chứng nhận này kịp thời, các câu trả lời cần phải bằng tiếng Anh. Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu bằng tiếng Anh có thể dẫn đến sự chậm trễ trong quá trình xử lý và sẽ không được gia hạn thời gian ân hạn hoặc bảo vệ 3 ngày.

Tên bệnh nhân: Patient's Name:

Ngày sinh: Birthdate:

Vui lòng chọn một tùy chọn: Please check one:

Bác Sĩ Physician	Tên: Name:	Số giấy phép: License #:	
Viên Chức Y Tế Công Public Health Official	Tên: Name:	Số giấy phép: License #:	
Địa chỉ làm việc: Business address:	Thành phố: City:	Tiểu bang: State:	Mã Zip: Zip:
Số điện thoại công việc: Business phone:	Fax: Fax:		
<i>Tôi xác nhận rằng bệnh nhân được xác định trong mẫu đơn này đã được tôi khám và theo phạm vi hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin được cung cấp là đúng sự thật và khi đánh dấu vào ô đã chọn và ký vào mẫu đơn này, bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí của “Bệnh Nhân Cấp Cứu Y Tế” hoặc “Bệnh Nhân Được Chăm Sóc Đặc Biệt”.</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>			
Chữ ký: Signature:		Ngày: Date:	

Để đảm bảo việc xem xét và xử lý mẫu đơn chứng nhận này kịp thời, các câu trả lời cần phải bằng tiếng Anh. Việc không cung cấp thông tin được yêu cầu bằng tiếng Anh có thể dẫn đến sự chậm trễ trong quá trình xử lý và sẽ không được gia hạn thời gian ân hạn hoặc bảo vệ 3 ngày.

Vietnamese: 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.