



1411 W. CLARK • P.O. Box 2407
PASCO, WA 99302-2407

509-547-5591
FAX 509-546-5968

SOLICITUD PARA DESIGNACION DE ALERTA MEDICA

Esta solicitud, incluyendo la Certificación Médica, deberá completarse en su totalidad y regresarse a la Gerente de Servicio al Cliente de Franklin PUD para recibir la Designación de Alerta Médica. Franklin PUD reserva el derecho de desconectar cuentas atrasadas.

DOMICILIO DE SERVICIO	
_____	_____
NOMBRE DEL CLIENTE	NUMERO DE CUENTA DE FRANKLIN PUD
_____	_____
DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRONICO
_____	_____
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO CELULAR
_____	_____
NOMBRE DEL PACIENTE NECESITANDO EQUIPO DE SOPORTE VITAL	NUMERO DE TELEFONO

Yo atestigo lo siguiente:

- A. El equipo de soporte vital utilizado en el domicilio escrito en este formulario es motorizado por electricidad.
- B. He leído y entiendo los términos y condiciones de Equipo de Soporte Vital de Franklin PUD, en la Sección 7C de las Reglas & Regulaciones para Servicio Eléctrico, en el lado posterior.

_____	_____
FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA

Certificación Médica

Esta Certificación debe ser completada por un Medico con Licencia

_____	_____
NOBRE DEL PACIENTE	RELACION CON EL CLIENTE
A. El paciente nombrado tiene una condición médica que requiere el equipo de soporte vital cual es necesario para proteger su salud física.	
B. El equipo de soporte vital requerido y utilizado en el domicilio mencionado requiere electricidad para funcionar.	
C. El equipo de soporte vital requerido es (especifique): _____	
D. El tiempo que esta condición durará es: _____	
E. El equipo de soporte vital es necesario: _____ horas por día o _____ horas por semana	

Yo atestigo que he completado esta certificación medica según mi entendimiento.

_____	_____
IMPRIMA SU NOMBRE	TITULO
_____	_____
FIRMA	FECHA
_____	_____
DOMICILIO	NUMERO DE TELEFONO

PARA USO OFICIAL	
Procesado por (Iniciales de CSR) _____	Fecha _____



Reglas & Regulaciones para Servicio Eléctrico

Sección 7. Responsabilidades del Cliente, Parte C. Equipo de Soporte Vital

Para ser notificado de antemano tocante a los apagones de energía planeados, el cliente/paciente que utiliza equipo de soporte vital debe completar una solicitud para Designación de Alerta Medica que incluye una Certificación Medica por un médico con licencia. El formulario está disponible en la oficina de Servicio al Cliente del Distrito durante las horas de oficina y a cualquier hora en el sitio web del Distrito en <https://www.franklinpud.com/index.php/programs-services/medical-alert-designation/>

El cliente/paciente es responsable por proveer al Distrito por escrito un número de teléfono que permita contacto oportuno por parte del Distrito las 24 horas del día; y de notificarle al Distrito tan pronto como sea posible cambios en el número de teléfono o médicos de la persona recibiendo servicios de soporte vital o cuando/si el equipo de soporte vital deje de ser utilizado en la residencia. Los clientes deberán actualizar su Solicitud para Designación de Alerta Medica anualmente.

El Distrito no garantiza servicio eléctrico constante o continuo, y por esto el Distrito hará un esfuerzo razonable para notificar a los clientes/pacientes en equipo de soporte vital sobre los apagones de energía planeados, en avanzado, proporcionando la fecha, hora, y duración de los apagones de energía planeados. En caso de que la cuenta donde vive el cliente se atrase en pago, el Distrito reserva el derecho de desconectar las cuentas atrasadas, de instalar un dispositivo limitador de carga, o de tomar cualquier otra acción apropiada para el Distrito.

En caso de que el cliente/paciente necesite aumentar significativamente la carga eléctrica para el equipo de soporte vital, el cliente notificara en avanzado al Distrito para determinar la necesidad de instalaciones adicionales. El cliente asumirá el costo de los daños si el cliente falta en notificar al Distrito y el equipo del Distrito resulta dañado.