



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN USO DE ENERGÍA PARA EQUIPO MÉDICO

Quién puede aplicar?

Cualquier cliente cuyo hogar es atendido por IID y requiere el uso de dispositivos eléctricos por razones médicas. El programa está destinado solo a clientes residenciales. La asistencia MEEUAP está limitada a tres clientes por hogar residencial.

Cómo Aplicar

1. Llenar y firmar la aplicación.
2. Parte 1 debe ser llenado por el cliente.
3. Parte 2 debe ser llenado por el doctor.
4. Enviar la aplicación completa a energyassistance@iid.com, por fax al 760-339-9744 o enviar por correo a:

Imperial Irrigation District
Energy Assistance Programs
PO Box 937
Imperial, CA 92251-0937

También puede aplicar en los siguientes Centros de Servicio al Cliente:

Brawley
135 S. Plaza St.

Calexico
301 Imperial Ave.

El Centro
1285 Broadway

La Quinta
81-600 Avenue 58

Horas de oficina: Lunes - Jueves, 7:30 a.m - Mediodía & 1 - 5:30 p.m.

Cualquier información incompleta o falsa en esta solicitud puede hacer que el IID posponga, niegue o detenga la tarifa del Programa de Asistencia en Uso de Energía para Equipo Médico (MEEUAP por sus siglas en inglés) al cliente. Los solicitantes recibirán la tarifa del programa una vez que la solicitud sea aprobada por el IID, no se otorgarán beneficios retroactivos al cliente.

Usted debe estar de acuerdo en informar a IID si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- La persona con la enfermedad que califica ya no vive con usted (*o su habitante*)
- El equipo o las horas de uso cambian (*por el doctor*)
- El equipo ya no se usa en su hogar (*o en la casa de su habitante*)
- Cambio de domicilio y desea que el programa se aplique a su nuevo domicilio

Renovaciones:

- Para evitar la interrupción de su descuento, se recomienda que aplique 1-2 meses antes de la expiración.
- Su período de descuento es de 18 meses a partir del día aprobado.

Descargo de Responsabilidad General:

- Su residencia principal debe estar en el área de servicio de IID.
- Este programa está sujeto a la disponibilidad de fondos y puede cambiar sin previo aviso.
- Su cuenta debe estar en buen estado para calificar.

Usted no Califica para MEEAUP si:

- Tiene una cuenta asignada para colecciones.
- Tiene un historial de consumo de energía no medido o no autorizado o manipulación del medidor.
- Tienes una cuenta de negocio/comercial.

Para obtener más información sobre MEEAUP, comuníquese con IID o visite nuestro sitio web en www.iid.com.
1-760-339-9032 (Representante de MEEAUP) • 1-800-303-7756 (Servicio al Cliente)



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN USO DE ENERGÍA PARA EQUIPO MÉDICO

PARTE 1: LLENADA POR EL CLIENTE. (La solicitud debe ser llenada por completo y firmada. Por favor, imprima claramente.)

Nombre (como aparece en su factura del IID)		Número de Cuenta del Cliente #	
Domicilio del Servicio			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono		Correo Electrónico	
Nombre del Paciente		Relación con el Cliente	

Para cuentas pagadas por el propietario (cuentas medidor maestro):

Nombre del habitante	Número de Teléfono
----------------------	--------------------

Proporcione la información siguiente para cada pieza de equipo (se encuentra en la placa de datos del fabricante). Por favor, no abrevie el nombre del equipo o de su fabricante.

Nombre del Equipo	Nombre completo del fabricante	Watts	Voltios	Amps	Horas/Días de Uso

Por favor utilice una hoja adicional si necesita mas espacio.

IID se reserva el derecho de visitar su casa (o la casa de su habitante) durante horas razonables para verificar la información de esta solicitud. Si usted se niega a permitir que el IID visite su casa (o la casa de su habitante) para verificar la información de esta solicitud, el IID puede no conceder o puede suspender, la asignación del Programa de Asistencia en Uso de energía para Equipo Médico.

Aun cuando el Distrito de Irrigación de Imperial realice su mayor esfuerzo para proporcionar un servicio sin interrupciones, no podemos garantizar un servicio continuo. En caso de un apagón, los pacientes que requieran el uso de **equipo para sostenimiento de vida** son responsables de contar con su propio sistema de reserva para emergencias. La participación en el programa no garantiza el servicio en cuentas atrasadas o vencidas.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

PARA USO OFICIAL

Instalación _____ Uso de Equipo Médico que Califica _____ A/C _____
 Fechas Efectivas _____ Aprobado/Negado Por: _____

