



# ASISTENCIA ENERGÉTICA DE EQUIPO ESPECIALIZADO

## INFORMACIÓN DEL PROGRAMA E INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

### ¿Quién puede aplicar?

Cualquier cliente cuyo hogar unifamiliar reciba servicio eléctrico de IID y que requiera el uso de dispositivos eléctricos por motivos médicos. El programa está destinado únicamente a cuentas de clientes residenciales. La asistencia EASE está limitada a tres pacientes por hogar.

### CÓMO APLICAR

1. Llene y firme la solicitud (*también disponible para su descarga en [www.iid.com/ease](http://www.iid.com/ease)*).
2. Parte 1 debe ser llenada por el cliente.
3. Parte 2 debe ser llenada por el doctor.
4. Entregue la solicitud completada a **EASE@iid.com**, por fax al **760-339-9744**:

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

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

<b>Brawley</b> 135 S. Plaza St.	<b>Calexico</b> 301 Imperial Ave.	<b>El Centro</b> 1285 Broadway	<b>La Quinta</b> 81-600 Avenue 58	<b>Imperial</b> 333 E. Barioni Blvd.
------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

**🕒 Horario de oficina: de lunes a jueves, de 8 a.m. - 12 p.m. & 1 - 5 p.m. CERRADO LOS VIERNES**

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

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

- El paciente aprobado para utilizar el equipo médico ya no vive con usted (*o con su inquilino*)
- 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 continúe en el nuevo domicilio.

### Descargo de Responsabilidad General:

- La unidad familiar debe ser residente 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.
- Para calificar, las tarifas por manipulación deben estar pagadas en su totalidad o tener al menos 12 meses de buen historial de pago de dichas tarifas.

### Usted no califica para el programa EASE si el titular de la cuenta:

- Tiene una cuenta asignada a cobranza
- Su hogar residencial está siendo utilizado como un negocio para centros de cuidado asistido / hospicio.
- Su vivienda residencial no es unifamiliar.

### 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 36 meses a partir del día aprobado.

Para obtener más información sobre EASE, comuníquese con IID o visite nuestro sitio web en [www.iid.com/ease](http://www.iid.com/ease).

**1-760-339-9032** (Representante de EASE) • **1-800-303-7756** (Servicio al Cliente)



# SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA DE EQUIPO ESPECIALIZADO

**PARTE 1: LLENADA POR EL CLIENTE.** (La solicitud debe ser llenada por completo y firmada. Favor de escribir claramente con tinta negra o azul.)

Nombre del Cliente <i>(como aparece en su factura del IID)</i>	Número de Cuenta Contractual del Cliente #
Número de Teléfono	Correo Electrónico
Nombre del Paciente	Relación con el Titular de la Cuenta
Dirección del 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	Voltios	Amps	Horas/Días de uso

**Se debe completar la sección de Voltios y AMPs.**

*Por favor utilice una hoja adicional si necesita mas espacio.*

Aún 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 corte eléctrico, pacientes que necesiten un servicio continuo de electricidad son responsables de proporcionar su propio sistema eléctrico de reserva. 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 de Vigencia \_\_\_\_\_ Aprobado/Negado Por \_\_\_\_\_

## PARTE 2. LLENADA POR UN MEDICO CERTIFICADO O MEDICO ESPECIALISTA EN OSTIOPATIA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

El paciente médicamente requiere la calefacción aumentada y/o la refrigeración y presenta uno de los siguientes padecimientos:

- Paraplegia       Hemiplegia       Tetraplegia       Esclerosis Múltiple  
 Escleroderma       Enfermedad que Pone en Peligro la Vida       Sistema Inmunológico Comprometido  
 Otro \_\_\_\_\_

Se requiere explicación del médico para calefacción/refrigeración (aire acondicionado): \_\_\_\_\_

¿Qué equipo de sostenimiento de vida requiere usar su paciente regularmente? (Ningún equipo que funcione con baterías)	¿Es necesario este equipo para mantener, restaurar o suplantar una función vital o para permitir la movilidad?	¿Qué cantidad de horas se utiliza este equipo a diario?	¿Cuánto tiempo (meses/años) considera que su paciente va a necesitar el equipo?
--	--	---	---

- |   |   |       |       |
|---|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Monitor de apnea (C-PAP)                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Compresor/concentradorNebulizador electroestático/ ultrasónico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cama de hospital   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada (unidad de carga de batería)        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ventilador de volumen portátil                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Respirador   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ciclador de diálisis   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ | _____ |

Nombre, domicilio, teléfono y número de licencia del médico:

Nombre	M.D./D.O./P.A./N.P. (Marque uno)	Numero de Licencia y Estado	Teléfono del Consultorio
Domicilio del Consultorio	Ciudad	Estado	Código Postal

Por la presente certifico que la información antedicha refleja mi juicio médico con respecto a la necesidad de equipo médico de este paciente como se describe anteriormente.

Firma de M.D./D.O. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de Licencia del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha de Exp. \_\_\_\_\_