

Solicitud para el Programa para clientes hospitalizados

Estaré hospitalizado durante más de 3 días. Solicito una prórroga de mi factura de servicio público.

Solicito que me envíen una solicitud para los siguientes programas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notificación a terceros | <input type="checkbox"/> Protección para mantenimiento vital |
| <input type="checkbox"/> Plan de seguridad suplementaria | <input type="checkbox"/> Asesor |

Nombre del cliente _____

Número de cuenta de CHG&E _____

Nombre del paciente _____

Domicilio del paciente _____

Domicilio postal _____

Número de teléfono del paciente _____

Nombre del médico _____

Firma del médico o autoridad del hospital _____

Número de teléfono del médico _____

Nombre del hospital _____

Domicilio del hospital _____

Fecha de internación del paciente _____ Fecha estimada de alta hospitalaria _____

Firma del cliente _____ Fecha _____

Esta solicitud debe estar firmada por usted y por su médico o la autoridad del hospital que corresponda.