

Programa de Equipos de Soporte Vital



El Programa de Equipos de Soporte Vital (LSE) está diseñado para ayudar a un miembro de tu hogar que depende de equipos médicos eléctricos de mantenimiento vital y que requeriría hospitalización inmediata si se interrumpe el servicio eléctrico. **Este programa NO prioriza la restauración.**

*** Por favor, contacte con Central Hudson si alguna información de contacto cambia. ***

SECCIÓN I - INDIVIDUO USANDO EQUIPO MÉDICO

Nombre de la persona con equipo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de contacto de emergencia requerido para cortes de energía u otras comunicaciones de la LSE

(si el paciente no es localizable): Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____

SECCIÓN II - INFORMACIÓN Y DECLARACIÓN DEL CLIENTE

¿Tu residencia está situada en:

Vivienda particular – Nombre del propietario: _____

Complejo/Instalación – Nombre: _____

Nombre del cliente Central Hudson: _____ Número de cuenta: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

¿El cliente tiene equipo de respaldo en caso de corte de luz? Sí No

Yo, el abajo firmante, entiendo que mientras esté en el Programa de Soporte Vital, sigo siendo el único responsable del pago del servicio de servicios y haré esfuerzos razonables para pagar los cargos por dicho servicio. Esto también puede requerir que completes un estado financiero actual.

Certifico que el residente de la LSE vive a tiempo completo en esta dirección. Estoy de acuerdo en permitir que Central Hudson verifique esta información.

También acepto notificar rápidamente a Central Hudson si el residente que cumple los requisitos se muda o ya no necesita Equipo de Soporte Vital o el programa de la LSE.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

SECCIÓN III – DEBE COMPLETARSE SI YA NO SE REQUIERE EL EQUIPO

El paciente/titular de la cuenta mencionado anteriormente ya no necesita el uso de Equipos de Soporte Vital.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EQUIPOS MÉDICOS (debe ser completado por un médico)



Nombre del cliente: _____ Dirección: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

El paciente mencionado requiere el uso de dispositivos de soporte vital †: Sí No

*Por favor, tenga en cuenta que este programa no prioriza la restauración ni elimina los cortes programados o por tormentas.

†Un dispositivo de soporte vital que califica es cualquier dispositivo médico utilizado para mantener la vida. Este dispositivo debe funcionar con electricidad suministrada por Central Hudson. Incluye, pero no se limita a, concentradores de oxígeno, pulmones de hierro, máquinas de hemodiálisis, máquinas de succión, estimuladores nerviosos eléctricos, máquinas IPPB y máquinas de diálisis renal. Los dispositivos usados para terapia en lugar de soporte vital no califican.

El/los siguiente dispositivo(s) de soporte vital(es) se utilizan en la residencia del paciente mencionado anteriormente:

Dispositivo: _____

Frecuencia de uso: _____ Veces por semana: _____ Horas al día: _____

Nombre del proveedor de equipos: _____ Número de teléfono: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

De acuerdo con la definición de dispositivo de soporte vital y la información mencionada anteriormente como prueba de uso de dicho dispositivo, certifico que la persona mencionada sí necesita un dispositivo eléctrico para sostener su vida. Este equipo requiere energía eléctrica ininterrumpida durante largos periodos de tiempo.

Médico: _____ Número de licencia estatal de médico: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envía la solicitud completada

Central Hudson Gas & Electric Corporation
284 South Avenue
Poughkeepsie, NY 12601

Fax: (845) 486-5658
Correo electrónico: ConsumerOutreach@cenhud.com