



## SOLICITUD PARA CONCEDER CRÉDITO POR CONSUMO DE ENERGÍA DE EQUIPOS ELÉCTRICOS NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Nombre del Solicitante:  | Fecha:                                |
| Dirección:   | Teléfono:                             |
| Número de cuenta para la cual se solicita crédito:                                     | Seguro Social del Solicitante:        |
| Nombre del Usuario del Equipo:   | Seguro Social del Usuario del Equipo: |
| Condición diagnosticada que requiere utilizar equipo eléctrico para conservar la vida: |                                       |
| Equipo (s) que requiere el paciente en su residencia para conservar la vida:           |                                       |

### RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE

El solicitante es responsable de entregar la *Solicitud, Certificación Médica, y Certificación de Elegibilidad Económica*, completadas en todas sus partes en la Oficina de Servicio al Cliente de LUMA correspondiente a la residencia del usuario de los equipos. Es responsable, además de entregar anualmente y no más tarde de la fecha de aniversario de la última certificación presentada, nuevas certificaciones médica y de elegibilidad económica de la persona que necesita utilizar equipos para conservar la vida. En caso de que la condición de salud sea temporal y él termine por el cual se haya expedido la Certificación Médica sea menor de un año, debe presentarse una nueva *Certificación Médica* no más tarde del último día del mes cuando concluya el término establecido por el médico. El solicitante tiene la obligación de notificar de inmediato a LUMA, de surgir cambios en la condición económica o de salud de la persona que necesita utilizar equipos eléctricos para conservar la vida o en los equipos en el uso de los mismos, después de entregada la solicitud, que puedan variar la elegibilidad a ese beneficio o el cómputo del mismo.

### CERTIFICACIÓN

Certifico que:

- Leí las responsabilidades del solicitante y acepto que, de no cumplir con las mismas, el crédito que solicito puede ser denegado o suspendido. Leí, además la información al dorso de este formulario sobre las sanciones y penalidades a que estaré sujeto en caso de que provea información falsa para obtener el beneficio, o deje de notificar información sobre cambios en la condición económica o de salud de la persona que tiene la necesidad de utilizar equipos eléctricos para conservar la vida, o en los equipos o en el uso de los mismos, después de entregada la solicitud, que puedan variar la elegibilidad a ese beneficio o el cómputo del mismo.
- Tengo conocimiento de que en caso de proveer información falsa o incorrecta o de notificar a LUMA tan pronto tenga conocimiento de cualquier cambio que afecte la concesión del beneficio, incurriría en delito menos grave y podré ser procesado criminalmente y quedo sujeto a una multa que no exceda de \$500, o pena de cárcel por un término que no exceda de seis (6) meses, o ambas penas o discreción del Tribunal. En tal caso, mi cuenta será ajustada y vendré obligado a pagar la cantidad que corresponda al crédito disfrutado indebidamente, más al ocho por ciento (8%) anual.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

### PARA USO INTERNO

Certifico que el solicitante entregó la Solicitud acompañada de la Certificación Médica y de la Certificación de Elegibilidad Económica.

Oficina de Servicio al Cliente de \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Funcionario de LUMA que recibe la Solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario de LUMA que recibe la Solicitud: \_\_\_\_\_

| Crédito Máximo | Consumo Mínimo Exento de Crédito | Fecha de Efectividad | Firma Supervisor |
|----------------|----------------------------------|----------------------|------------------|
|                |                                  |                      |                  |
|                |                                  |                      |                  |
|                |                                  |                      |                  |
|                |                                  |                      |                  |



## CERTIFICACIÓN MÉDICA

Con el propósito de obtener crédito por el consumo de energía de equipos eléctricos necesarios para conservar la vida, certifico que he examinado al paciente, quien padece de una condición seria de salud que requiere el uso de equipo electrónico para conservar la vida.

| Nombre:   |                | Dirección:  |  |
|---|----------------|---|--|
| Indique la Condición del paciente o diagnóstico:  |                |   |  |
| Indique si la Condición es <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal-Número de Meses <input type="text"/> (Periodo de tiempo estimado que el paciente requiere el uso del equipo para conservar la vida). |                |   |  |
| <b>II. INDIQUE EQUIPO(S) NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA</b>  |                |   |  |
| Equipo(s)   | Hora(s)<br>Uso | Frecuencia – Indique si<br>Diaria, Semanal o Mensual              | Breve Descripción de cómo el uso del equipo conserva la vida |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
|   |                |   |  |
| <b>III. INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA</b>   |                |   |  |
| Nombre del Médico   |                | Especialidad (debe ser relacionada con la condición del paciente) |  |
| Dirección   |                |   | Teléfono   |
| Núm. De Licencia  | Fecha          | Firma   |  |