



**PROGRAMA DE TARIFA DE AGUA PARA CLIENTES CON INCAPACIDAD MÉDICA**  
**FORMULARIO DE APLICACIÓN**

Solicitud para el año calendario 20\_\_\_\_

<b>Numero de Cuenta #:</b>		<b>Fecha:</b>
<b>Nombre:</b>		<b>Teléfono:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>

Por favor incluir:

- Certificación del doctor en medicina u osteopatía con licencia para practicar medicina en el Estado de California

**Declaro bajo pena de falso testimonio que lo anterior es verdadero y correcto.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Por favor notifique a MMWD si la persona que está calificando para el Programa de Tarifas de Agua para Clientes con Incapacidad Médica se mueve a otra dirección de servicio.*



**PROGRAMA DE TARIFA DE AGUA PARA CLIENTES CON INCAPACIDAD MEDICA**  
**CERTIFICACIÓN DEL DOCTOR EN MEDICINA U OSTEOPATÍA**  
**Con licencia para practicar la medicina en el Estado de California**

Certifico que la condición médica y las necesidades de \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente)  
que es un residente a tiempo completo de la casa del cliente, son los siguientes:

*Ambas preguntas a continuación deben ser completados:*

**1. La condición es :**      Permanente      Temporaria

Si es temporaria, anticipe la fecha de recuperación: \_\_\_\_\_

**2. El Paciente esta con un dispositivo de soporte vital:**      Si      No

Un dispositivo que sustenta la vida es una equipo médico que se utiliza para mantener la vida o fiables para la movilidad. El término "dispositivo de soporte vital" incluye, pero no se limita a, respiradores, máquinas de hemodiálisis, máquinas de succión, almohadillas de presión y bombas de aerosol, tiendas de campaña, electrostática y nebulizadores ultrasónicos. Los dispositivos utilizados para la terapia y no para soporte de vida en general, no reúnen los requisitos.

Nombre del Doctor (letra escrita o imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del Doctor \_\_\_\_\_

Dirección de las Oficinas \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

*Si desea proporcionar más detalles, por favor adjuntar su declaración firmada.*