



Programa de Tarifas de Agua para Personas con incapacidad Médica y Formulario de Certificación del Médico

CÓMO CUMPLIR LOS REQUISITOS Y HACER SOLICITUD

En virtud del Programa de Tarifas de Agua para Personas con Incapacidades Médicas (6.01.100) de Marin Water, se suprimen el cargo bimestral por el servicio y la cuota de administración de la cuenca, y los clientes elegibles reciben doce (12) CCF adicionales de agua facturados a la tarifa del nivel 1 (un CCF, o cien pies cúbicos, equivale a 2,831 litros).

Para cumplir los requisitos, usted debe:

1. Acreditar su incapacidad que **requiere el uso de cantidades adicionales de agua relacionadas con la incapacidad** mediante un formulario de verificación del médico (se adjunta el formulario);
2. Ser un cliente residencial unifamiliar o multifamiliar del distrito **con medidor independiente** que no reciba el servicio a través de un medidor principal;
3. Utilizar por periodo de facturación un promedio superior a la cantidad de agua especificada en la sección 6.01.025 para el código de facturación 1 en el nivel 1.
4. Instalar en su hogar cabezales de ducha, sanitarios y aireadores de grifos que ahorren agua y cumplan con el código de requisitos de Marin Water. (Marin Water ofrece cabezales de ducha y aireadores sin costo).

PROCESO DE RENOVACIÓN

- Si un médico o osteópata con licencia para ejercer la medicina en el estado de California, certifica que **la condición médica es permanente**, Marin Water requiere que se llene un formulario cada cuatro (4) años en el que se certifique que el cliente sigue siendo elegible para el programa de tarifas de agua para personas con incapacidades médicas.
- Si un médico o osteópata con licencia para ejercer la medicina en el estado de California, certifica que **la condición médica no es permanente**, Marin Water requiere que se llene una nueva solicitud que incluya la certificación de un médico calificado cada dos (2) años o después de la fecha de recuperación, lo que ocurra primero. Tras la expiración del periodo de dos (2) años o la fecha de recuperación, se debe presentar una nueva solicitud para su consideración y inscripción en el programa.

Para hacer solicitud, llene el formulario adjunto y envíelo a:

**Marin Municipal Water District
Customer Service Department
P.O. Box 994
Corte Madera, CA 94976**

Si tiene alguna pregunta sobre este programa u otros programas de descuento disponibles, comuníquese con el servicio de Atención al Cliente en **415-945-1400** ó **conéctese a marinwater.org/discounts**. Le notificaremos por escrito si reúne los requisitos para participar en este programa.



Tenga en cuenta lo siguiente: El Distrito se reserva el derecho de solicitar información adicional en cualquier momento. La participación en el programa puede ser revocada si un cliente no cumple con todos los criterios de elegibilidad establecidos en el presente documento y en el Código del Distrito.

Código de MARIN WATER, sección 6.01.100 (C): "El Distrito puede realizar una auditoría del agua en cualquier propiedad de un cliente que reciba la tarifa de agua para personas con incapacidades, con el fin de garantizar que el cliente cumple con esta sección y otras disposiciones de este código relativas a la conservación del agua."



Programa de Tarifas de Agua para Personas con Incapacidad Médica y Formulario de Certificación del Médico

Complete TODOS los pasos del 1 al 3 que se indican a continuación. Las solicitudes incompletas serán rechazadas y deberán volver a enviarse, lo que provocará un retraso en la aceptación. El Programa de tarifas de agua para personas con incapacidades médicas no tiene carácter retroactivo. Los clientes que reúnan los requisitos comenzarán a recibir la tarifa durante el ciclo de facturación siguiente a la aprobación de su solicitud.

Solicitud para el año de calendario _____

1. Información del cliente:

Nombre del cliente:		Fecha de la solicitud:
Dirección del servicio:		Teléfono:
No. de cliente:	Ciudad:	C.P.:
Dirección postal (si es diferente):	Ciudad:	C.P.:

2. Certificación de médico o osteópata con licencia para ejercer la medicina en el estado de California

Se deben contestar todas las preguntas (a-c) a continuación:

a. **Certifico la condición médica y las necesidades de mi paciente:** _____

Residente a tiempo completo con condición médica (Nombre y apellidos)

b. **¿El paciente mencionado anteriormente requiere un mayor consumo de agua debido a su incapacidad médica?** ☐ Sí ☐ No

c. **La condición es:** ☐ Permanente ☐ Temporal Si es temporal, fecha prevista de recuperación: _____
(la tarifa médica se suspenderá para ajustarse a la fecha de recuperación indicada)

Nombre del médico (letra de molde o a máquina) _____

Firma del médico _____

Dirección del consultorio _____

Ciudad, estado, C.P. _____ Teléfono _____

3. Declaración del cliente y lista de verificación de la solicitud – CONTINÚA AL DORSO





Programa de Tarifas de Agua para Personas con incapacidad Médica y Formulario de Certificación del Médico (continuación)

3. Declaración del cliente y lista de verificación de la solicitud. Lea y acepte los siguientes términos:

- ☐ Soy un cliente residencial unifamiliar o multifamiliar del Distrito **con medidor independiente** que no recibe el servicio a través de un medidor principal (los complejos de apartamentos o los parques de casas móviles con medidor principal no son elegibles), y mi consumo promedio por periodo de facturación supera la cantidad especificada en la sección 6.01.025 del Código del Distrito para el código de facturación 1 en el nivel 1.
- ☐ Reconozco que Marin Water no puede garantizar un servicio de agua ininterrumpido. Soy responsable de tomar medidas alternativas en caso de corte del suministro de agua.

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. Acepto notificar a Marin Water de inmediato si el paciente/residente a tiempo completo calificado mencionado anteriormente se muda o deja de cumplir los requisitos del Programa de Tarifas de Agua para Personas con Incapacidades Médicas.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Enviar la solicitud:

Por correo electrónico: customerservice@marinwater.org ó por correo postal a: Marin Water, PO Box 994
Corte Madera, CA 94976



FORMULARIO DE SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA AUTOCERTIFICACIÓN DE LA TARIFA DE AGUA PARA PERSONAS CON INCAPACIDADES MÉDICAS

Complete TODOS los pasos del 1 al 3 que se indican a continuación. Las solicitudes incompletas serán rechazadas y deberán volver a enviarse, lo que provocará un retraso en la aceptación o renovación. Para evitar retrasos en la renovación o la posible eliminación del programa, asegúrese de que su solicitud esté completa y se envíe a tiempo. Si no envía su solicitud de renovación a tiempo antes de la fecha límite para recertificarse, se le eliminará del programa y no se realizarán ajustes retroactivos en la facturación.

Solicitud para el año de calendario 20_____

1. Información del cliente:

Nombre del cliente:		Fecha de la solicitud:
Dirección del servicio:		Teléfono:
No. de cliente:	Ciudad:	C.P.:
Dirección postal (si es diferente):	Ciudad:	C.P.:

2. Declaración de autocertificación y lista de verificación. Lea y acepte los siguientes términos:

Entiendo y acepto que: _____
Residente a tiempo completo con condición médica (Nombre y apellidos)

- ☐ La persona mencionada anteriormente es residente a tiempo completo en la dirección de servicio indicada, con una condición médica que le da derecho a participar en el programa, establecida mediante la verificación de un médico o un osteópata, y que requiere el uso de agua adicional relacionada con dicha condición médica.
- ☐ **La condición médica es permanente**, según lo establecido mediante la verificación de un médico o un osteópata en mi solicitud original. Marin Water requiere que se llene una solicitud de renovación cada cuatro (4) años en la que se autocertifique la continuidad de la elegibilidad del cliente para el programa de tarifas de agua para personas con incapacidades médicas.
- ☐ Soy un cliente residencial unifamiliar o multifamiliar del Distrito **con medidor independiente** que no recibe el servicio a través de un medidor principal (los complejos de apartamentos o los parques de casas móviles con medidor principal no son elegibles), y mi consumo promedio por periodo de facturación supera la cantidad especificada en la sección 6.01.025 del Código del Distrito para el código de facturación 1 en el nivel 1.



FORMULARIO DE SOLICITUD RENOVACIÓN DEL PROGRAMA DE TARIFAS DE AGUA PARA PERSONAS CON INCAPACIDADES MÉDICAS (continuación)

- ☐ Reconozco que Marin Water no puede garantizar un servicio de agua ininterrumpido. Soy responsable de tomar medidas alternativas en caso de corte del suministro de agua.
- ☐ Acepto notificar a Marin Water puntualmente si el residente elegible se muda o deja de cumplir los requisitos para el programa de tarifas de agua para personas con incapacidades médicas.

3. Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

Envíe la solicitud llena por correo electrónico a: customerservice@marinwater.org ó por correo postal a: Marin Water, PO Box 994 Corte Madera, CA 94976-0994