



**SOUTHWEST GAS CORPORATION**

**SOLICITUD DE DESCUENTOS BASICOS ADICIONALES PARA CONDICIONES MEDICAS QUE CALIFICAN**

Por medio de la presente el cliente reclama elegibilidad a las tarifas base adicionales y declara que el servicio solicitado se usará para propósitos residenciales bajo las cláusulas de Southwest Gas Corporation (la Compañía) aplicables a tarifas.

**Información del cliente:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de servicio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal \_\_\_\_\_  
(si es diferente de la dirección de servicio) Calle o P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Número del teléfono \_\_\_\_\_ Número de la cuenta de Southwest Gas \_\_\_\_\_

¿Desea información respecto a "Notificación a una Tercera Persona"?  Sí  No

**Declaración del Cliente que Califica – Por favor ponga su firma y fecha en el siguiente renglón y envíe el formulario entero a Southwest Gas Corporation.**

Yo, el cliente, certifico que \_\_\_\_\_ es residente permanente de mí casa y que es:

hemipléjico,  parapléjico,  cuadripléjico,  paciente de esclerosis múltiple,  paciente de scleroderma, o  persona que recibe tratamiento por enfermedades terminales y tiene un sistema inmunológico que requiere de más calefacción o aire acondicionado que el usuario residencial promedio.

Declaro que soy cliente de la Compañía y que la persona arriba escrita es un residente permanente de la dirección de servicio que se provee, donde se usa el gas para calefacción o aire acondicionado del hogar, calificándome por tanto para el descuento de 25 unidades térmicas adicionales del estándar mensual básico.

Entiendo que si puedo proporcionar una comprobación escrita por un médico autorizado por el estado, cirujano u osteópata certificando que el estándar mensual de 25 unidades térmicas es insuficiente para la salud y el bienestar del residente elegible, la Compañía tomará una determinación sobre la cantidad adicional requerida y redondeará la cantidad superior a las 25 unidades térmicas. Tal comprobación escrita será parte de esta solicitud.

Además, reconozco que la elegibilidad está restringida a los servicios mencionados en esta dirección y acepto que debo notificar a la Compañía inmediatamente si la persona incapacitada ya no reside en esta dirección o si el gas ya no es usado para calefacción o aire acondicionado.

Comprendo que debo renovar esta solicitud a petición de la Compañía para poder mantener el descuento adicional de base.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha Firmado \_\_\_\_\_

**Carta de Certificación- de médico, cirujano u osteópata autorizado para practicar medicina en el estado de \_\_\_\_\_**

Por medio de la presente certifico que \_\_\_\_\_ es un paciente:  hemipléjico,  parapléjico,  cuadripléjico,  paciente de esclerosis múltiple  paciente de scleroderma o  persona que recibe tratamiento por enfermedades terminales y tiene un sistema inmunológico que requiere un mayor consumo de calefacción o aire acondicionado en comparación con el usuario residencial promedio.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número del teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina del médico \_\_\_\_\_  
Calle o P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Número de registro \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha Firmado \_\_\_\_\_

**Dirección postal de la Compañía:**

ATTN CARE  
Southwest Gas Corporation  
PO Box 1498  
Victorville, CA 92393-1498

**Para más información, por favor llame:**

Asistencia para el cliente .....(877) 860-6020  
Para impedidos de audición .....711  
Complete la solicitud en línea al: [www.swgas.com](http://www.swgas.com)

**For Company Use Only:** Date Received \_\_\_\_\_ Date Processed \_\_\_\_\_