



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 y declara que el servicio solicitado se usará para propósitos residenciales bajo las cláusulas de 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 la declaración de elegibilidad a solicitud 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 registración _____

Firma del Médico _____ Fecha Firmado _____

Dirección postal de la Compañía:

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

Para más información, por favor llame:

Barstow/Big Bear/Victorville (760) 241-9321 o (800) 443-8093
Needles (800) 748-5539
Tahoe/Truckee (800) 832-2555
Para impedidos de audición 711

For Company Use Only: Date Received _____ Date Processed _____