



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 mi hogar y depende de equipos de soporte vital, como ese término se define en Cal. Pub. Código Util. §739(c)(2), o requiere calefacción o aire acondicionado adicional del hogar en exceso de las necesidades del usuario residencial promedio porque el residente indicado es un hemipléjico, parapléjico, cuadripléjico, paciente de esclerosis múltiple o paciente de esclerodermia, o es una persona que recibe tratamiento por enfermedades terminales o tiene un sistema inmunológico comprometido.

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 _____

Certifico que _____ es depende de equipos de soporte vital, como ese término se define en Cal. Pub. Código Util. §739(c)(2), o requiere calefacción o aire acondicionado adicional del hogar en exceso de las necesidades del usuario residencial promedio porque el residente indicado es un hemipléjico, parapléjico, cuadripléjico, paciente de esclerosis múltiple o paciente de esclerodermia, o es una persona que recibe tratamiento por enfermedades terminales o tiene un sistema inmunológico comprometido.

Nombre del médico _____ Número del teléfono _____

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

M.D./D.O. número del licencia _____

Firma del Médico _____ Fecha Firmado _____

Para más información, visite a www.swgas.com/residential/specialprograms o llame (sin cargo) al 1-877- 860-6020

Envíe la forma firmada a Southwest Gas en: Fax 1-866-997-9427 Correo electrónico customerinfo@swgas.com

Correo PO Box 1498 Victorville, CA 92393

Southwest Gas Corporation no garantiza la privacidad ni seguridad de documentos enviados por fax o correo electrónico. Al enviar o solicitar información por fax o correo electrónico, usted está de acuerdo con aceptar cualquier riesgo asociado.

For Company Use Only: Date Received _____ Date Processed _____