MEDICAL CARE PROGRAM APPLICATION

The Medical Care program is an outage preparation and notification program for customers with a life-threatening illness or medical condition requiring the use of electric medical equipment. To apply, please fill out section 1 below and have your physician complete section 2 of the application. Once the application is complete, mail it to **APS Medical Care Program, Mail Station 3211, P.O. Box 53933, Phoenix, AZ 85072.**

1. Customer Information

Important: All fields below are required, be sure to print legibly with a blue or black pen. Please provide up-to-date contact information, this will be used to connect with you regarding planned outages in your area.

APS Account Number

Need your account number? Look on your APS bill or call (602) 371-7171.

Name (last, first, m.i.)

Service Address

City State Zip

Home Number Mobile Number

Do you have a back-up plan for your medication that is sensitive to temperature in case of a power outage?
☐ Yes ☐ No ☐ N/A

Do you have a back-up plan for your medical equipment that requires electricity in case of a power outage?
☐ Yes ☐ No ☐ N/A

Would you like to add an additional contact to your account to receive notice about a power outage in your area?

Name Phone Number

2. Physician's Verification

(to be completed by the physician)

Physician: By completing and signing this form, you are verifying that your patient is a resident at the address listed above and **meets the eligibility requirements and has a life-threatening illness or uses essential life-sustaining medical equipment and if power service was interrupted for a period of four hours or more, it could be especially dangerous to the individual's health.**

Patient's Name

Circle one: Eligibility Criteria Met Eligibility Criteria Not Met

Physician's Printed Name Phone Number

Physician's Signature State & License Number

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CUIDADO MÉDICO

El Programa de Cuidado Médico es un programa de preparación y notificación de apagones para clientes que sufren de una enfermedad grave u otra condición medica y requieren del uso de equipo médico eléctrico. Para solicitarlo, por favor llene la sección 1 a continuación y pida a su médico que llene la sección 2 de la solicitud. Cuando la solicitud esté completa, envíela por correo a **APS Medical Care Program, Mail Station 3211, P.O. Box 53933, Phoenix, AZ 85072**.

1. Información del cliente

Importante: Se requiere que llene toda la información, en tinta azul o negra y con letra de molde. Por favor proporcione información de contacto actualizada, que será utilizada para contactarlo acerca de interrupciones de servicio planificadas en su área.

Número de cuenta de APS

¿Necesita su número de cuenta? Revise su recibo de APS o llame al 602-371-7171.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección del servicio

Ciudad | Estado | C.P.

No. teléfono de casa | No. de celular

¿Tiene un plan de emergencia para medicamentos sensibles a la temperatura, en caso de un apagón?

☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

¿Tiene un plan de emergencia para el equipo médico eléctrico en caso de un apagón?

☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

¿Desea agregar un contacto adicional a su cuenta para que reciban notificaciones sobre apagones en su área?

Nombre de contacto | No. teléfono

2. Verificación médica

(debe ser llenado por el médico)

Médico: Por este medio y al firmar esta solicitud, usted verifica que su paciente reside en la dirección escrita arriba, **que cumple con los requisitos de elegibilidad y tiene una enfermedad que puede ser mortal o utiliza equipo médico vital, y si el servicio eléctrico se interrumpe por más de cuatro horas, podría ser peligroso para su salud.**

Nombre del paciente

Marque uno: Cumple con los requisitos No cumple con los requisitos

Nombre del médico | No. teléfono

Firma del médico | Estado y número de licencia