

MEDICAL CARE PROGRAM APPLICATION



The Medical Care program will notify you of planned outages in your area if you qualify.* To apply, please fill out section 1 below and have your licensed medical professional complete section 2. Once the application is complete, mail it to **APS Medical Care Program, P.O. Box 53933, Mail Station 3211, 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 current 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

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. Licensed Medical Professional Verification

(to be completed by a licensed medical professional: accepted are allopathic or osteopathic physicians, registered nurse practitioners or physician assistants)

Licensed Medical Professional: By completing this form, you are verifying that your patient is a resident at the address listed above and qualifies* for the program, and you and the patient have discussed contingency plans in the event of an interruption of electrical service.

Patient's Name

Circle one: Eligibility Criteria Met Eligibility Criteria Not Met

Licensed Medical Professional's Printed Name

Phone Number

Licensed Medical Professional's Signature

State & License Number

*The Medical Care program is a planned outage notification program for customers with a household member dependent on medical equipment that is in use and essential to the sustaining of life, and a discontinuance of service from the equipment for a period longer than four hours could be especially dangerous to the individual's health; or, has a physical or mental condition that substantially limits their ability to manage resources, carry out activities of daily living or secure protection from neglect or hazardous situations without assistance from others. The Medical Care program helps keep you informed about planned service interruptions, their status and the estimated time of restoration. The Medical Care program is not a discount program and does not guarantee uninterrupted service. Customers must remain current on their account by paying their monthly bills.

This application must be updated and renewed annually. For questions regarding the Medical Care program, please call (602) 371-7171 or (800) 240-2014 24 hours a day, 7 days a week. Please note that in the event of a move, a new certification form is required and the alert will not be applied to the new address until an updated certification is received and approved.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CUIDADO MÉDICO



El Programa de Cuidado Médico te notificará de interrupciones planificadas en tu área si calificas.* Para solicitarlo, por favor llena la sección 1 a continuación y pide a tu profesional médico autorizado que llene la sección 2. Cuando la solicitud esté completa, envíala por correo a **APS Medical Care Program, P.O. Box 53933, Mail Station 3211, Phoenix, AZ 85072.**

1. Información del cliente

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta de APS

¿Necesitas tu número de cuenta? Revisa tu recibo de APS o llama 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

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

Nombre de contacto

No. teléfono

2. Verificación por un profesional médico autorizado

(Debe ser llenada por un profesional médico autorizado: los aceptados incluyen médicos alopáticos u osteopáticos, enfermeros practicantes registrados, y asistentes de médicos)

Profesional médico autorizado: Por este medio y al firmar esta solicitud, verificas que tu paciente reside en la dirección escrita arriba, que cumple con los requisitos de elegibilidad*, y que han discutido un plan de emergencia en el caso de una interrupción de servicio eléctrico.

Nombre de paciente

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

Nombre de profesional médico autorizado (letra de molde)

No. teléfono

Firma de profesional médico autorizado

Estado y número de licencia

*El Programa de Cuidado Médico es un programa de notificación de apagones planificados para aquellos clientes con miembros de vivienda que dependen de equipo médico en uso para sostener la vida, y donde una discontinuación de servicio al equipo por un periodo más allá de cuatro horas representa un peligro a su salud, o que sufren una condición física o mental que les limita poder manejar recursos, hacer actividades diarias o buscar protección de situaciones de peligro o negligencia por sí solos sin asistencia de otros. El Programa de Cuidado Médico ayuda al informarte de las interrupciones al servicio planificadas, su status y hora de restauración anticipada. El Programa de Cuidado Médico no es un programa de descuentos y no garantiza el servicio sin interrupción. Los clientes deben permanecer al día con su cuenta y pagar su recibo mensual.

Esta solicitud debe ser actualizada y renovada anualmente. Para preguntas acerca del Programa de Cuidado Médico, por favor llama al (602) 371-7171 o al (800) 240-2014 las 24 horas al día, siete días de la semana. Toma en cuenta que, tratándose de una mudanza, se requiere un nuevo formulario de certificación y las alertas no se aplicarán a la nueva dirección hasta recibir y ser aprobada una certificación actualizada.