



## Medical Emergency and Critical Care Identification Form

### To be completed by Customer

Full Name:

HBPW Account Number:

Service Address:

Day and Evening Phone:

Email Address:

### Customer Acknowledgement

I understand that I am applying for Critical Care or Medical Emergency Customer Status with the Holland Board of Public Works (HBPW) for myself or a member of my household. This status notifies the HBPW that the above service address should be placed on a priority list in the event of a power outage. The HBPW cannot guarantee that the customer will never lose power. *I understand I must renew this application prior to expiration.* Additionally, the HBPW may *postpone* non-payment disconnections for Critical Care or Medical Emergency Customers for periods up to 21 days, not exceeding 63 days in a 12 month period. *Additional medical certification forms may apply, please call Customer Service for details.*

Customer Signature and Date:

### To be completed by Physician

Physician Name:

Practice Name:

Address:

Phone and Fax:

Patient is: (check one)

- Critical Care Customer:** Patient who requires home medical equipment or a life-support system and an interruption of service would be *immediately life-threatening*.

Medical Equipment being used:

Length of time patient can be without utility service to medical equipment (including amount of time that any back-up devices would be in use):

- Medical Emergency Customer:** Patient with an existing medical condition that will be *aggravated* by the lack of utility services.

Existing medical condition:

Length of time patient can be without utility service before patient will begin experiencing aggravation due to their medical condition:

Comments:

Physician Name (Print & Signature):

Expiration Date (maximum one year):



## Formulario de información sobre emergencias médicas y cuidados

### A completar por el cliente

Nombre completo:

Número de cuenta HBPW:

Dirección del servicio:

Teléfono diurno y nocturno:

Dirección de correo electrónico:

### Reconocimiento del cliente

Entiendo que estoy solicitando la condición de cliente con cuidados críticos o emergencia médica ante la Junta de Obras Públicas de Holland (HBPW) para mí o para un miembro de mi hogar. Esta condición notifica a la HBPW que la dirección de servicio anterior debe incluirse en una lista de prioridades en caso de corte de energía. La HBPW no puede garantizar que el cliente nunca se quede sin energía. Entiendo que debo renovar esta solicitud antes de su vencimiento. Además, la HBPW puede posponer las desconexiones por falta de pago para los clientes en situación de cuidados críticos o emergencia médica por períodos de hasta 21 días, sin exceder los 63 días en un período de 12 meses. Es posible que se apliquen formularios de certificación médica adicionales; llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más detalles.

Firma y fecha del cliente:

### A completar por el médico

Nombre del médico:

Nombre y dirección del consultorio:

Números de teléfono y fax:

El paciente es (marque una opción):

- Cliente de cuidados intensivos:** Paciente que requiere equipo médico en el hogar o un sistema de soporte vital y cuya interrupción del servicio supondría un peligro inmediato para su vida.

Equipo médico que se utiliza:

Tiempo que el paciente puede estar sin servicio público para el equipo médico (incluido el tiempo que se utilizarían los dispositivos de respaldo):

- Cliente con emergencia médica:** Paciente con una afección médica existente que se agravaría por la falta de servicios públicos.

Afección médica existente:

Tiempo que el paciente puede estar sin servicio público antes de que comience a experimentar un agravamiento debido a su afección médica:

Comentarios:

Nombre del médico (en letra de imprenta y firma):

Fecha de vencimiento (máximo un año):