

# REGISTRO Y CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES



Para calificar para el Programa de Necesidades Médicas Especiales, usted o un miembro del mismo hogar debe tener una enfermedad crónica y/o algún tipo de dispositivo de soporte vital. La aceptación en este programa le permitirá a Santee Cooper manejar su cuenta con cuidado especial; sin embargo, en caso de falta de pago de sus facturas, su cuenta estará sujeta a las reglas de desconexión de Santee Cooper. Los clientes con necesidades médicas especiales deben tener un sistema de apoyo en caso de emergencia. Santee Cooper no puede garantizar un servicio ininterrumpido. Los clientes deberán volver a certificar su estado médico cada dos años o según sea necesario. **Al completar y enviar este formulario, usted acepta los términos del Programa de Necesidades Médicas Especiales**

## A completar por el Cliente

<b>Nombre en la Cuenta:</b>	Nombre:	Apellido:	
<b>Verificación de la cuenta:</b>	Número de cuenta:	Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social/Identificación Federal (obligatorio):	
<b>Información de Contacto:</b>	Correo electrónico:	Número de Teléfono Principal:	
<b>Dirección de Servicio:</b>	Dirección:	Apt/Unidad/Lote	
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

**Notificación de Terceros:** Esto permite que se notifique a un tercero cuando el servicio está programado para la desconexión. El tercero no es responsable del pago de la factura del cliente.

¿Le gustaría participar en el programa de Notificación de Terceros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí →	Nombre de Terceros: _____ Correo electrónico: _____ Número de Teléfono Principal: _____    Número de Teléfono Secundario: _____
--	---

Firma Del Cliente: _____	Fecha: _____
--------------------------	--------------

## To be completed by Healthcare Provider (Para ser completado por el proveedor de atención médica)

Patient Name: _____	Patient's Date of Birth: _____
---------------------	--------------------------------

**Please identify and describe the condition that qualifies the patient for this Special Medical Needs Program:**  
 Chronically ill     On Life Support     Alzheimer's     Dementia     Temporary Medical Support

Describe health condition and list electrical equipment required:	Expected duration of condition:

**Based on the patient's illness, please check one of the following options:**

- Disconnection of electrical service would be extremely hazardous to the health of the patient because electricity is used to operate equipment that is required for continual life support.
- Disconnection of electrical service for more than a few hours may be a health risk for the patient if no alternative arrangements are made.
- Disconnection of electrical service would be an inconvenience to the patient's health but does not represent a life threatening situation.

I, \_\_\_\_\_, (M.D., P.A., N.P., A.P.R.N. - *Circle one*) am a licensed Healthcare Provider in the state of \_\_\_\_\_. I hereby certify the above to be true and accurate to the best of my knowledge.

License No.: \_\_\_\_\_    Phone: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

*Provider Signature:* \_\_\_\_\_    *Date:* \_\_\_\_\_

<b>Devuelva el formulario completo a:</b> Correo: Santee Cooper Attn: Special Medical Needs Coordinator 305A Gardner Lacy Road, Myrtle Beach, SC 29579 Correo electrónico: <a href="mailto:customerassistance@santeecooper.com">customerassistance@santeecooper.com</a> Número de fax: (843) 347-7938	<b>Para más información:</b> Condado de Horry/Georgetown (843) 347-3399 Condado de Berkeley County Area: (843) 761-8000
---	---