



**CPS ENERGY
RESIDENTIAL CRITICAL CARE PROGRAM APPLICATION**

CPS Energy’s Critical Care program provides qualified customers additional time to pay their bills if they, or a dependent living in their home, require electric-powered medical equipment to sustain life or electric heating or cooling to prevent impairment of a major life function through a significant deterioration or exacerbation of the person’s medical condition in their home. In order to be eligible, the following conditions must be met:

- Applicant must provide confirmation from the patient’s attending physician that medical equipment used by the patient is required at the Applicant’s residence.
- Applicant must provide a renewed application from the attending physician every 24 months to continue participation in the Program if the patient requires electric service for a period longer than the initial 24 months.

If the Applicant meets the above stated conditions, Applicant shall complete Part A. Part B must be completed by a physician and submitted from the physician’s office.

Other Program provisions:

- Acceptance to this Program authorizes CPS Energy to release Applicant’s and patient’s if different from Applicant, name, address and telephone number to the City of San Antonio emergency personnel if ordered, in the event of an emergency situation whereby CPS Energy interrupts electric service.
- Acceptance in this Program does *not* guarantee uninterrupted power supply and/or guarantee service restoration times.
- Acceptance in this Program does not prevent the disconnection of service due to non-payment of Applicant’s utility bill.

Customer Obligations:

- Applicant must re-enroll in the Program whenever the patient moves to a new residence.
- Whenever necessary, arrangements should be made to move the patient to an alternate location that has power and/or to have back-up power available for operation of any electrically-operated medical equipment in the event of interrupted power supply.

Part A: Account Holder Information (Please print)

Contract Account #: _____		
Account Holder Name: _____		Telephone #: _____
Address: _____	City/St: _____	Zip: _____
Patient’s Relationship to Account Holder: _____		
Patient currently resides at: _____		
<p>By submission of this application, I hereby authorize CPS Energy to release all enclosed application information to other non-profit agencies and/or government entities (e.g. Bexar County, City of San Antonio etc) offering programs for the benefit of the resident or the home. (e.g., thermostat, minor repairs, energy and water efficiency, generation, conservation or community support services).</p>		

Part B: Physician Information (Please print)

Patient’s Name: _____		Date of Birth: _____
Physician’s Name: _____		Telephone #: _____
Physician’s Address: _____		
Physician Certification:		
I hereby certify that the Patient who is seeking qualification in CPS Energy’s Critical Care Program requires medical equipment at the address listed in Part A.		
_____ Physician’s Signature		_____ Date
<i>This application is required to be faxed by the Physician’s office to CPS Energy at (210) 353-3666.</i>		



CPS ENERGY
SOLICITUD PARA CUIDADO CRITICO RESIDENCIALES

El programa de Cuidado Critico de CPS Energy proporciona a los clientes que cumplen con los requisitos un tiempo adicional para pagar sus facturas si ellos, o una persona dependiente que vive en su casa, necesitan un equipo médico que funciona con electricidad para mantener la vida o calefacción o la aireación eléctrica para evitar el deterioro de una función importante de la vida a través de un deterioro o exacerbación significativo de la condición médica de la persona en su hogar. Para poder optar a la ayuda, deben cumplirse las siguientes condiciones.

- El solicitante debe proporcionar la confirmación del médico que atiende al paciente de que el equipo médico utilizado por el paciente es necesario en la residencia del solicitante.
- El solicitante debe presentar una solicitud renovada del médico que le atiende cada 24 meses para seguir participando en el programa si el paciente necesita el servicio eléctrico durante un periodo prolongado más allá de los 24 meses iniciales.

Si el solicitante cumple con las condiciones indicadas arriba, el solicitante deberá completar la Parte A. La Parte B debe ser completada por un médico y sometida desde la oficina del médico

Otras provisiones del programa:

- La aprobación para participar en el programa autoriza a CPS Energy a proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono del solicitante y del paciente, si es diferente del solicitante, al personal de emergencia de la ciudad de San Antonio, si así se requiere, en caso de una situación de emergencia en la que CPS Energy interrumpa el servicio eléctrico.
- La aprobación participar en el programa no garantiza el funcionamiento ininterrumpido del servicio eléctrico ni los tiempos de restablecimiento del servicio.
- La aceptación en este Programa no evita la desconexión del servicio debido a la falta de pago de la factura de servicios públicos del solicitante.
- La aprobación para participar en este programa no impide la desconexión del servicio por falta de pago de la factura de servicios del solicitante.

Obligaciones del cliente:

- El solicitante debe volver a inscribirse en el programa cuando el paciente se traslade a una nueva residencia.
- Siempre que sea necesario, se deben tomar medidas para trasladar al paciente a un lugar alternativo que disponga de energía eléctrica y/o para disponer de energía de reserva para el funcionamiento de cualquier equipo médico que funcione con electricidad en caso de interrupción del servicio eléctrico.

Parte A: Información del titular de la cuenta (Por favor en letra imprenta)

Número de cuenta del cliente: _____

Nombre del titular de la cuenta _____ Tele #: _____

Dirección _____ Ciudad/St _____ Código _____

Relación del paciente con el titular de la cuenta: _____

El paciente reside actualmente: _____

Mediante la presentación de esta solicitud, autorizo a CPS Energy a divulgar toda la información de la solicitud adjunta a otras agencias sin fines de lucro y / o entidades gubernamentales (por ejemplo, el condado de Bexar, la ciudad de San Antonio, etc.) que ofrecen programas para el beneficio del residente o el hogar. (por ejemplo, termostato, reparaciones menores, eficiencia energética y de agua, generación, conservación o servicios de apoyo comunitario).

Parte B: Información del médico (Por favor en letra de imprenta)

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del médico: _____ Tele#: _____

Dirección del medico _____

Physician Certification:
 Por lo tanto, certifico que el paciente que busca la calificación en el Programa de Cuidados Críticos de CPS Energy requiere equipo médico en la dirección indicada en la Parte A.

 Firma del médico

 Fecha

Esta solicitud debe ser enviada por fax por la oficina del médico a CPS Energy al (210) 353-3666.