



SOLICITUD PARA CONCEDER CRÉDITO POR CONSUMO DE ENERGÍA DE EQUIPOS ELÉCTRICOS NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA

Nombre del Solicitante:	Fecha:
Dirección:	Teléfono:
Número de cuenta para la cual se solicita crédito:	Seguro Social del Solicitante:
Nombre del Usuario del Equipo:	Seguro Social del Usuario del Equipo:

Condición diagnosticada que requiere utilizar equipo eléctrico para conservar la vida:

Equipo (s) que requiere el paciente en su residencia para conservar la vida:

RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE

El solicitante es responsable de entregar la **Solicitud, Certificación Médica, y Certificación de Elegibilidad Económica**, completadas en todas sus partes en la Oficina de Servicio al Cliente de LUMA correspondiente a la residencia del usuario de los equipos. Es responsable, además de entregar anualmente y no más tarde de la fecha de aniversario de la última certificación presentada, nuevas certificaciones médica y de elegibilidad económica de la persona que necesita utilizar equipos para conservar la vida. En caso de que la condición de salud sea temporal y él termine por el cual se haya expedido la Certificación Médica sea menor de un año, debe presentarse una nueva **Certificación Médica** no más tarde del último día del mes cuando concluya el término establecido por el médico. El solicitante tiene la obligación de notificar de inmediato a LUMA, de surgir cambios en la condición económica o de salud de la persona que necesita utilizar equipos eléctricos para conservar la vida o en los equipos en el uso de estos, después de entregada la solicitud, que puedan variar la elegibilidad a ese beneficio o el cómputo del mismo.

CERTIFICACIÓN

Certifico que:

- Leí las responsabilidades del solicitante y acepto que de no cumplir con las mismas, el crédito que solicito puede ser denegado o suspendido. Leí, además la información al dorso de este formulario sobre las sanciones y penalidades a que estaré sujeto en caso de que provea información falsa para obtener el beneficio, o deje de notificar información sobre cambios en la condición económica o de salud de la persona que tiene la necesidad de utilizar equipos eléctricos para conservar la vida, o en los equipos o en el uso de los mismos, después de entregada la solicitud, que puedan variar la elegibilidad a ese beneficio o el cómputo del mismo.
- Tengo conocimiento de que en caso de proveer información falsa o incorrecta o de notificar a LUMA tan pronto tenga conocimiento de cualquier cambio que afecte la concesión del beneficio, incurriría en delito menos grave y podrá ser procesado criminalmente y quedo sujeto a una multa que no exceda de \$500, o pena de cárcel por un término que no exceda de seis (6) meses, o ambas penas o discreción del Tribunal. En tal caso, mi cuenta será ajustada y vendré obligado a pagar la cantidad que corresponda al crédito disfrutado indebidamente, más al ocho por ciento (8%) anual.

Fecha: _____ Firma del Solicitante: _____

PARA USO INTERNO

Certifico que el solicitante entregó la Solicitud acompañada de la **Certificación Médica y de la Certificación de Elegibilidad Económica**.
Oficina de Servicio al Cliente de _____ Fecha: _____
Nombre del funcionario de LUMA que recibe la Solicitud: _____
Firma del funcionario de LUMA que recibe la Solicitud: _____

Crédito Máximo	Consumo Mínimo Exento de Crédito	Fecha de Efectividad	Firma Supervisor



**CÓMPUTO DE CRÉDITO MÁXIMO Y CONSUMO MÍNIMO PARA LA CONCESIÓN DE CRÉDITO
POR CONSUMO QUE EQUIPOS NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA
(PARA USO INTERNO)**

Oficina:	Fecha:	Hora:	Recibido por:	Número Cuenta:		
Nombre del Cliente		Teléfonos				
		Residencia	Trabajo	# Celular		
Nombre del Paciente		Parentesco	Núcleo Familiar Adultos ____ Niño ____			
Dirección del Servicio		Referencias				
Número del Contador _____ Lectura última factura _____ Lectura Tomada Hoy _____ Constante _____		CONSUMO MÍNIMO EXENTO DE CRÉDITO _____ (Para este cómputo favor de utilizar la parte posterior de este documento.)				
CRÉDITO MÁXIMO						
Equipo Necesario Autorizado*	Instalado Sí o No	Capacidad Equipo	Consumo KWh	Horas Diarias		Consumo kWh Periodo
				Recomendadas	Uso**	
TOTAL CRÉDITO MÁXIMO _____						
*Se toman en cuenta los equipos autorizados por el médico en su certificación, que no estén excluidos en el Reglamento para la Concesión de Crédito por el Consumo de Equipos Necesarios para Conservar la Vida. **Se tomará para el cómputo del Crédito Máximo la cantidad menor de ambas columnas. Cuando las horas de uso excedan las recomendadas, el equipo debe incluirse para el cómputo del Consumo Mínimo Exento de Crédito al dorso por el exceso de las horas de uso sobre las recomendadas.						
Nombre persona entrevistada:			Firma			
Relación con el Paciente:						
Nombre Empleado:			Firma			
Nombre Supervisor:			Acción Tomada			
Firma del Supervisor:			Fecha			



CERTIFICACIÓN MÉDICA

Con el propósito de obtener crédito por el consumo de energía de equipos eléctricos necesarios para conservar la vida, certifico que he examinado al paciente, quien padece de una condición seria de salud que requiere el uso de equipo electrónico para conservar la vida.

Nombre:		Dirección:	
Indique la Condición del paciente o diagnóstico:			
Indique si la Condición es _____ Permanente _____ Temporal-Número de Meses _____ (Periodo de tiempo estimado que el paciente requiere el uso del equipo para conservar la vida).			
II. INDIQUE EQUIPO(S) NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA			
Equipo(s)	Hora(s) Uso	Frecuencia – Indique si Diaria, Semanal o Mensual	Breve Descripción de cómo el uso del equipo conserva la vida
III. INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA			
Nombre del Médico		Especialidad (debe ser relacionada con la condición del paciente)	
Dirección			Teléfono
Núm. De Licencia	Fecha	Firma	
IV. CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD			
Certifico que el paciente en la Sección I necesita utilizar los equipos eléctricos establecidos en la Sección II para conservar la vida.			
Nombre funcionario autorizado		Título	
Firma		Fecha	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

ADMINISTRACION DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO

Programa Tanf

CERTIFICACIÓN

FECHA (día-mes-año): _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

REGIÓN: _____

OFICINA LOCAL O CENTRO DE SERVICIO: _____

Estimado(a) señor(a):

La Administración de Desarrollo Socioeconómico del Departamento de la Familia, determina que de acuerdo con nuestros criterios especializados y a tenor con la Ley 152 del 19 de julio de 1998 que enmienda la Ley 83 del 2 de mayo de 1941 conocida como la Ley de la Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico; el solicitante:

- () Posee los recursos económicos para pago de la totalidad de la factura.
- () No posee los recursos económicos para pago de la totalidad de la factura.

Visitará la oficina de Servicio al Cliente de Luma Energy y presentará este documento junto a la Certificación del Departamento de Salud para completar solicitud en la Oficina de Servicio al Cliente de Luma Energy, correspondiente a la residencia del usuario del equipo.

Firma Director Local o su representante

Fecha (día/mes/año)