

РАСПИСАНИЕ R-M: ПРОГРАММА ПОМОЩИ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ

ЗАЯВКА НА ПРОГРАММУ

**ПРАВИЛА ПРОГРАММЫ**

Программа помощи по состоянию здоровья предусматривает увеличение базового уровня использования на 75% для каждого из уровней обслуживания R-1. Программа доступна для клиентов, которые обслуживаются энергетическим предприятием, у которого в пункте обслуживания есть человек с инвалидностью.

**УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ**

Чтобы получить право на участие в Программе помощи по состоянию здоровья, клиент должен подать заявление и письменно подтвердить, что постоянный житель («квалифицированный житель») в доме клиента:

1. Зависит от электрических устройств жизнеобеспечения, подключенных к домашней электрической системе, таких как аэрозольная палатка, противопролежневый матрас, монитор апноэ, нагнетательный насос, компрессор, респиратор (все типы), электронный стимулятор нервов, всасывающий аппарат, ультразвуковой небулайзер, электростатический небулайзер, дыхательный аппарат для ингаляционного легочного давления (IPPB), пульмотор (железное легкое), диализный аппарат, гемодиализный аппарат, моторизованное инвалидное кресло или генератор кислорода для поддержания жизни пациента / человека или предотвращения ухудшения состояния здоровья пациента / человека; или

2. Пациент, страдающий параличом, гемиплегией или квадриплегией, страдающий рассеянным склерозом, пациент с расстройствами нервно-мышечной системы, пациент с склеродермией или человек с ослабленной иммунной системой, которого лечат от опасного для жизни заболевания, которое требует специального нагрева / или охлаждения для поддержания жизни пациента/ человека или для предотвращения ухудшения состояния здоровья пациента / человека.

Заявление на участие в Программе помощи по состоянию здоровья должно включать в себя подтверждение, выписанное врачом или хирургом, имеющим лицензию в штате Калифорния, или лицом, имеющим лицензию в штате Калифорния в соответствии с Законом об Остеопатии (Osteopathic Initiative Act), что лицо, указанное в заявлении, имеет право на Программу помощи по медицинской необходимости.

**Пожалуйста, подождите 4-6 недель, чтобы мы могли обработать вашу заявку. Неполные заявки не будут обработаны.**

**ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**

Если не подтверждена постоянная нетрудоспособность, заявление на участие в Программе помощи по состоянию здоровья должно подаваться ежегодно в соответствии с правилами и процедурами, предусмотренными Генеральным менеджером Коммунальной службы Сан-Франциско (SFPUC).

**ЧТОБЫ ПОДАТЬ ЗАЯВКУ, ПОЖАЛУЙСТА:**

**1. ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ЭТУ ЗАЯВКУ**

**2. ПРИЛОЖИТЕ УДОСТОВЕРЯЮЩЕЕ ПИСЬМО ОТ ВРАЧА ИЛИ ХИРУРГА, ИМЕЮЩЕГО ЛИЦЕНЗИЮ В ШТАТЕ КАЛИФОРНИЯ ИЛИ ОТ ЛИЦА, ИМЕЮЩЕГО ЛИЦЕНЗИЮ В ШТАТЕ КАЛИФОРНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ОБ ОСТЕОПАТИИИ (OSTEOPATHIC INITIATIVE ACT), ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ, ЧТО ПОСТОЯННЫЙ ЖИТЕЛЬ ПОДХОДИТ ХОТЯ БЫ ПОД ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ДАННОЙ ПРОГРАММЫ.**

**3. ПРЕДОСТАВЬТЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО, ЧТО ДАННЫЙ ЖИТЕЛЬ ПРОЖИВАЕТ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ В ЗАЯВКЕ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя клиента (как указано в счете за электричество) Номер счета клиента в SFPUC Electric

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес, где требуется услуга

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний телефон Другой телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (необязательно)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО жителя (если отличается от имени клиента) Кем приходитесь клиенту

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо в экстренном случае (необязательно) Телефон контактного лица в экстренном случае (необязательно)

ЗАЯВЛЕНИЕ: Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я отвечаю всем критериям, перечисленным в Правилах программы, и что информация, предоставленная мною в настоящей заявке и подтверждающей документации, является достоверной и правильной. Я согласен немедленно уведомлять Коммунальную службу Сан-Франциско (SFPUC) о любых изменениях, которые могут влиять на право получения скидки. Если я не предоставлю необходимую запрошенную информацию или получу скидку, если не буду иметь на это права, я буду исключен из программы и, возможно, буду обязан вернуть сумму полученной скидки. Я понимаю, что после регистрации мой аккаунт может быть выбран для произвольной проверки, и я согласен предоставить любую запрашиваемую информацию.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись клиента Дата

Отправьте по почте заполненную заявку и всю сопроводительную документацию на адрес:

San Francisco Water, Power and Sewer

Customer Services

Attention: Medical Necessity Assistance Program

525 Golden Gate Avenue, Third Floor, San Francisco, CA 94102

Коммунальная служба Сан-Франциско (SFPUC) ответит заявителям письмом с указанием статуса заявки. Для получения дополнительной информации звоните (415) 551-4720.