



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA GREEN CROSS

En NV Energy hacemos el esfuerzo de proporcionar un servicio seguro y fiable para nuestros clientes. Sin embargo, los apagones debido al clima o a fallas en el equipo pueden ocurrir. Les recomendamos tomar los pasos necesarios para estar preparados en caso de que algo inesperado ocurra. Una pérdida de electricidad puede potencialmente poner en riesgo la vida de aquellos que dependen del equipo de apoyo vital que opera electrónicamente en sus hogares. Su participación en el Programa Green Cross de NV Energy nos permitirá proporcionar notificaciones previas a interrupciones programadas (apagones programados) en el sistema eléctrico, debido a reparaciones, mejoras en nuestro sistema, etc.

El llenar esta solicitud **NO** permite la prioridad en la restauración de los servicios en caso de un apagón no planificado y **NO** previene la desconexión por falta de pago. Si el individuo que utiliza el equipo de apoyo vital no puede estar sin electricidad por cualquier motivo, NV Energy recomienda crear planes alternativos de cuidado. Por favor consulte con su médico y/o proveedor de equipo médico con respecto a sus necesidades médicas particulares. Para asistencia con pagos, por favor comuníquese con el departamento de servicio al cliente de NV Energy llamando al **(702) 402-5555** para programar un plan de pagos o para inscribirse en el programa de pagos iguales.

Para calificar para el programa Green Cross, el cliente registrado, u otro residente permanente de la ubicación donde el servicio eléctrico se proporciona, debe (1) utilizar uno o más de los aparatos de apoyo vital listados en el Certificado de Necesidad Médica adjunto; o (2) tener una condición médica que hará que el corte del servicio sea especialmente peligroso para su salud y que creará una emergencia médica.

Para mostrar que usted o otro residente permanente de la ubicación de servicio califica, por favor envíe los siguientes documentos listados a continuación:

- **El Certificado de Necesidad Médica de Green Cross llenado por un médico con licencia (doctor en medicina, doctor en medicina osteopática, asistente de un médico, enfermera especializada)**
- **La Declaración del Cliente del programa Green Cross y la Liberación Médica Limitada llenada por el cliente/paciente**
- **El Reconocimiento del Cliente Registrado de Green Cross y la Confesión del Juicio**
- **El recibo de entrega del(de los) aparato(s) médico(s) o la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la compañía de seguros (fecha dentro de los últimos 12 meses)**
- **Una copia de una identificación válida con fotografía que muestre el comprobante de domicilio de donde los servicios son proporcionados (certificado de nacimiento es requerido para los niños menores de dieciocho años)**

Return completed application and documents to

NV Energy
Customer Service MS 18
PO Box 98910 Las Vegas, NV 89195-0424
o por FAX al: (702) 402-0340



Lista de Documentos Requeridos

Para calificar para el programa Green Cross para equipo de apoyo vital en donde el servicio eléctrico es proporcionado, requerimos que nos entregue la siguiente información:

*El no entregar **todos** los documentos requeridos resultará en la negación y/o el retraso de la aprobación hasta que todos los documentos requeridos sean recibidos.*

- ☐ Copia de una identificación válida con fotografía que muestre el comprobante de domicilio de donde los servicios son proporcionados (se requiere el certificado de nacimiento para los niños menores de 18 años).
 - Se debe entregar una identificación emitida por el estado o un acta de nacimiento del paciente con la solicitud para aprobación.
 - La dirección en la identificación debe ser igual a la dirección de servicio de NV Energy.
 - No puede estar expirada.

- ☐ Certificado de Necesidad Médica llenado por un médico con licencia (doctor en medicina, doctor en medicina osteopática, asistente de un médico, enfermera especializada).

- ☐ Declaración y Liberación Médica Limitada llenada por el paciente o su representante.

- ☐ Reconocimiento del cliente registrado y la Confesión del Juicio llenada por el cliente registrado de NV Energy.

- ☐ Recibo de entrega del(de los) aparato(s) médico(s) o la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la compañía de seguros.
 - Fecha de servicio en los últimos doce meses.
 - La dirección de servicio en el recibo de entrega o en la Explicación de Beneficios debe ser igual a la dirección de servicio de NV Energy.



CERTIFICADO DE NECESIDAD MÉDICA DE GREEN CROSS

Para ser llenado por un médico con licencia:

Nombre del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Declaración del médico con licencia:

Certifico que, si el servicio eléctrico no está disponible debido a la falta de pago de las facturas eléctricas, mi paciente (**Elegir una opción**):

- ☐ sufrirá por el inconveniente y provocará que, o empeorará, una enfermedad seria o invalidez, pero la vida **no** estará en peligro inmediato.
- ☐ requerirá una respuesta **inmediata** por parte del personal de emergencia con equipo de apoyo vital para mantener la vida *o* está confinado a su hogar debido a una condición médica.

Si el paciente está confinado al hogar, razones por el confinamiento: _____

Tiempo de Uso:

- ☐ Corto plazo (60 días o menos)
- ☐ Largo plazo (60 días o más)

El paciente utiliza el siguiente equipo de vida de apoyo vital que requiere una conexión eléctrica (**Elegir todas las opciones que aplican**):

- ☐ Monitor infantil para apnea
- ☐ Sistema de bipresión positiva de respiración (BIPAP) (**niños menores**)
- ☐ Dispositivo de presión positiva continua de respiración (CPAP) (**niños menores**)
- ☐ Equipo de diálisis de todos tipos
- ☐ Dispositivo del tracto gastrointestinal
- ☐ Máquina de succión
- ☐ Respirador, aparato de asistencia respiratoria o ventricular
- ☐ Máquina pulmonar, excluyendo los inhaladores mecánicos portables tales como, pero no limitados a, los nebulizadores
- ☐ Concentrador de oxígeno (uso continuo)
- ☐ Dispositivo de alimentación continua vía intravenosa
- ☐ Cama, silla eléctrica, o elevador utilizado por razones médicas
- ☐ Bomba de infusión, inhalación intravenosa

Nombre del Médico con Licencia (Letra molde/Estampilla): _____

Dirección: _____

Número de Identificación: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Firma del Médico con Licencia: _____



DECLARACIÓN DEL CLIENTE DE GREEN CROSS Y LIBERACIÓN MÉDICA LIMITADA

Para ser llenado por el Paciente o Su Representante:

El paciente nombrado en este certificado quien utiliza equipo de apoyo vital electrónico es el residente permanente en la dirección de servicio listada en esta solicitud.

El paciente nombrado en este certificado entiende que este certificado es válido solo por la longitud de tiempo en el que la situación médica se certifica como existente y puede que se requiera la recertificación para determinar la elegibilidad para el programa Green Cross.

El paciente nombrado en este certificado otorga permiso a NV Energy para compartir su información del programa Green Cross, incluyendo, pero no limitándose a su dirección física, con el personal de primera intervención y respondedoras de emergencia durante una emergencia o desastre, y eventos de gestión de PSOM (interrupción de servicio por seguridad pública).

Relación con el Paciente que Utiliza el Equipo de Apoyo Vital: **(Elegir una opción):**

☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Padre o Tutor ☐ Agente con Poder Notarial

☐ Otro (especificar por favor): _____

Declaración del Paciente, o de Su Representante, que está Utilizando el Equipo de Apoyo Vital:

Certifico que la información que he proporcionado al médico con licencia es verdadera, y autorizo a NV Energy la liberación de la información en este certificado.

Nombre (Nombre del Paciente): _____

Firma del Paciente/Representante: _____

Fecha: _____



RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE REGISTRADO DE GREEN CROSS Y CONFESIÓN DEL JUICIO

Para ser llenado por el Cliente Registrado de NV Energy:

Entiendo que este certificado no me deslinda de la obligación de pagar por mi servicio eléctrico. Si mi cuenta tiene un saldo vencido (un “Caso de Incumplimiento”) y el uso de equipo de apoyo vital es documentado en este certificado, el servicio eléctrico puede extenderse. Sin embargo, sin pago o sin un plan de arreglos de pago, el servicio eléctrico puede desconectarse después.

Confesión de Juicio: Si un Evento de Incumplimiento ha ocurrido y continúa por un periodo de noventa (90) días calendarios después de que el cliente registrado, que firma este documento, y cualquier aval en la cuenta de servicio de NV Energy, ha recibido una notificación escrita por parte de NV Energy indicando el saldo vencido, en conjunto con cualesquiera remedios legales y equitativos disponibles para NV Energy, NV Energy tendrá el derecho de tomar una decisión en cuanto al sumo de todas las cantidades pendientes como lo autoriza el Registro de Cliente de NV Energy a la ejecución de esta solicitud firmada.

Al proporcionar sus números telefónicos, usted accede a que NV Energy, sus afiliados y agentes les llamen a estos números. Si este es un número celular, usted accede que podemos comunicarnos con usted utilizando el marcador automático, incluyendo mensajes pregrabados y/o mensajes de texto, incluso si su proveedor de teléfono celular le cobra por las llamadas de acuerdo con su plan actual. **Marcar ambas cajas de ‘no llamar’ hace que su cuenta no sea elegible para el programa Green Cross.**

Número de cuenta de NV Energy: _____

Nombre del cliente de NV Energy: _____

Dirección de servicio de NV Energy: _____

Número de contacto primario: _____ ☐ Marcar aquí para ‘no llamar’

Numero de contacto secundario: _____ ☐ Marcar aquí para ‘no llamar’

Firma del cliente de NV Energy: _____

☐ Al escribir mi nombre arriba, certifico que ésta es mi firma digital.

Fecha: _____