SOUTHWEST GAS CORPORATION

CERTIFICACION DE SALUD Y/O CONDICION DE INVALIDEZ (CALIFORNIA Y NEVADA)

La Corporación de Southwest (SWG) requiere la siguiente información respecto a la salud y/o condición de invalidez del paciente inscrito. La información proporcionada será el uso exclusivo de SWG para asegurar que el servicio de gas del paciente no sea terminado injustamente o interrumpido más que razonablemente necesario. Esta forma debe ser completada y regresada a SWG dentro de quince (15) días después de obtener las firmas requeridas. Esta forma es válida para la dirección del servicio indicado a continuación. Una forma actualizada es necesaria si la persona indicada en este formulario se mueve a una dirección diferente, o a petición de SWG.

Nombre en el registro de SWG _____

Número de cuenta de SWG _____ Fecha de nacimiento del cliente de SWG _____

Por favor, escriba en letra de molde:

Esto certifica que _____
Apellido del paciente *Primer nombre* *Nombre de pila* *Fecha de nacimiento*

es cliente de registro o de residencia permanente a _____
Dirección de servicio

_____ en _____ , _____.
Mes y Día *Año*

Terminación o interrupción prolongada del servicio de gas sería especialmente peligroso al individuo antedicho debido a su salud y/o condición de invalidez. ☐ Sí ☐ No

¿Es permanente la condición? ☐ Sí ☐ No Si no, la fecha de recuperación esperada es _____

_____
Nombre y título del médico atendedor, enfermera de salud pública, o asistente social (por favor, escriba en letra de molde)

_____ _____
Firma del médico, enfermera de salud pública, o asistente social *Título*

_____
Nombre de la clínica o de otro lugar donde se provee este servicio (por favor, escriba en letra de molde)

_____ _____
Fecha firmado *Número de teléfono*

Certifico que he leído las declaraciones antes mencionadas y que todas están correctas, y además consiento la utilización de la información por SWG para los objetivos declarados en este documento.

→| _____ _____
Firma del cliente de SWG de registro ***Fecha firmado***

Para más información, visite a www.swgas.com/residential/specialprograms o llame (sin cargo) al 1-877- 860-6020

Envíe el formulario completado a: **Fax** 1-866-997-9427 **Correo electrónico** customerinfo@swgas.com
Dirección postal de la Compañía PO Box 1498 Victorville, CA 92393

Southwest Gas Corporation no garantiza la privacidad ni seguridad de documentos enviados por fax o correo electrónico. Al enviar o solicitar información por fax o correo electrónico, usted está de acuerdo con aceptar cualquier riesgo asociado.