



**Comisión de Servicios Públicos de Texas**  
*Solicitud para Cliente Residencial en Estado de Condición Crónica o Cuidado Crítico*

**INFORMACION IMPORTANTE**

- **Esta forma no será procesada si está incompleta, ilegible, ó sometida inapropiadamente.** Toda la información es requerida a menos que se indique lo contrario.
- Para preguntas acerca de esta forma llame a la compañía de transmisión y distribución (TDU) del cliente durante el horario normal laboral al número aplicable de teléfono abajo:
  - **AEP Texas Central** **1-877-547-5513**
  - **AEP Texas North** **1-877-547-5513**
  - **CenterPoint Energy** **1-713-945-6353**
  - **Nueces Electric Coop** **1-800-632-9288**
  - **Oncor** **1-888-313-6862**
  - **Sharyland Utilities (includes Cap Rock)** **1-956-684-5600**
  - **Texas-New Mexico Power** **1-800-738-5579**
- **El hecho de someter esta solicitud no resulta automáticamente en designación de condición crónica o cuidado crítico.** Notificación de la acción tomada con respecto a esta forma será proporcionada al cliente a la dirección postal provista.
- De acuerdo a las reglas de la Comisión de Servicios Públicos de Texas, la designación como un cliente residencial de condición crónica o cuidado crítico no exime al cliente de su obligación de pagar por el servicio eléctrico y el servicio puede ser desconectado por falta de pago.
- **El estado de condición crónica o cuidado crítico no garantiza un suministro de energía ininterrumpido, regular ó continuo.** Si la electricidad es una necesidad, usted debe hacer otros arreglos para contar con capacidades de refuerzo en la premisa u otras alternativas en el evento de pérdida de servicio eléctrico.

**INSTRUCCIONES:**

- **Cliente:** Complete Parte 1 de la SOLICITUD y proporciónela al doctor del paciente para que termine de completarla. **Esta aplicación no será procesada a menos que sea sometida electrónicamente por el doctor a la compañía de transmisión y distribución (TDU) correspondiente.**
- **Doctor:** Después de completar Parte 2 de la siguiente página, por favor envíe solamente la SOLICITUD a la TDU del cliente indicada en la forma a:

	[Fax number]	[email address]
<b>AEP Texas Central</b>	<b>1-361-880-6027 or</b>	<b>billing-dereg_texas@aep.com</b>
<b>AEP Texas North</b>	<b>1-361-880-6027 or</b>	<b>billing-dereg_texas@aep.com</b>
<b>CenterPoint Energy</b>	<b>1-713-945-6357 or</b>	<b>criticalcare-res@centerpointenergy.com</b>
<b>Nueces Electric Coop</b>	<b>1-361-387-4139 or</b>	<b>criticalccarereg@nueceselectric.org</b>
<b>Oncor</b>	<b>1-800-666-3406 or</b>	<b>contactcenter@oncor.com</b>
<b>Sharyland (includes Cap Rock)</b>	<b>1-956-664-1903 or</b>	<b>suhelp@sharylandutilities.com</b>
<b>Texas-New Mexico Power</b>	<b>1-972-420-7628 or</b>	<b>criticalcare@tnmp.com</b>

**SOLICITUD para designar Cliente Residencial en Estado de Condición Crónica o Cuidado Crítico**  
*Toda la información es requerida.*

**PARTE 1 – DEBE SER COMPLETADA POR EL CLIENTE**

<b>Nombre del Cliente</b> (nombre de la persona en la cuenta de servicio eléctrico)			
<b>Dirección de Servicio</b> (se encuentra en su factura de electricidad)		<b>Ciudad, Estado y CP</b>	
<b>ESI ID</b> (se encuentra en su factura de electricidad)			
<b>TDU (circule una en base a los primeros 7 números de la ESI ID):</b>	1020404 -- AEP TX North 1003278 -- AEP TX Central	1008901 -- CenterPoint 1044372 -- Oncor 1017008 -- Sharyland Utilities	1013830 -- Nueces Elec Coop 1017699 -- Oncor/SESCO 1040051 -- Texas New Mexico
<b>Dirección Postal</b> (si es diferente de la dirección de servicio)		<b>Ciudad, Estado y CP</b>	
<b>Número de teléfono principal</b>		<b>Otro número de teléfono (si aplica)</b>	
<b>Nombre del Contacto Secundario</b> (Persona a quien usted está designando para recibir cualquier aviso de desconexión emitido por su proveedor de electricidad y quien puede ser contactado acerca de su servicio eléctrico.)			
<b>Dirección Postal</b>		<b>Ciudad, Estado y CP</b>	
<b>Número de teléfono principal</b>		<b>Otro número de teléfono (si aplica)</b>	

He leído y entendido la información precedente y certifico que la información proporcionada en esta forma es correcta. Entiendo que la información también puede ser utilizada para determinar si tengo derecho a avisos adicionales y otras protecciones en lo que atañe a mi servicio eléctrico disponibles bajo las reglas de la Comisión de Servicios Públicos con relación a Clientes Residenciales de Condición Crónica o Cuidado Crítico; y puede ser usada para proveer avisos relacionados con mi servicio eléctrico a la persona listada como contacto secundario.

**Firma del Cliente**

**Fecha**

**Nombre del Paciente**

(Persona, **que reside permanentemente en la dirección de Servicio arriba indicada**, para quien se busca la designación de cuidado crítico o condición crónica).

He leído y entendido la información precedente y certifico que la información proporcionada en esta forma acerca de mí (o el paciente) es correcta. Doy consentimiento para dar a conocer la información en esta forma concerniente a mi condición médica (o la del paciente) para los propósitos estipulados en esta forma y para el procesamiento de la misma.

**Paciente/ Custodio del Paciente, Padre, o Conservador Administrativo**

**Firma**

**Fecha**

**PARTE 2 – DEBE SER COMPLETADA POR EL DOCTOR DEL PACIENTE**

<b>PARTE 2A</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
El paciente depende de un aparato médico que utiliza energía eléctrica <b>para preservar la vida</b> . Si la respuesta es <b>SI</b> , pase a la <b>PARTE 2B</b> .		
El paciente tiene una seria condición médica que requiere un aparato médico que utiliza energía eléctrica, calefacción eléctrica o refrigeración para prevenir el perjuicio de una función principal de vida a través del deterioro o exacerbación de la condición médica de la persona		
La condición médica arriba mencionada <b>ha</b> sido diagnosticada como una condición de por vida.		

**PARTE 2B**

<b>Nombre del Doctor</b> (imprima)		<b>Número de Licencia del Consejo Médico de Texas</b>	
<b>Número de teléfono</b>		<b>Número de Fax</b>	
<b>Firma del Doctor</b>	<b>Fecha</b>		