

## ¿QUÉ ES?

Servicios Públicos de Long Beach está aquí para ayudar a quienes sufren de afecciones médicas graves. El programa de subsidios de calefacción necesaria para fines médicos permite termias adicionales de uso a la tarifa más baja de Nivel I, para personas que tengan afecciones médicas que califiquen.

Quienes requieran equipo médico de soporte vital que use gas natural pueden también calificar para el subsidio de termias, además de otros beneficios.

**¿Tiene preguntas? Llámenos al (562) 570-5700.**

## CÓMO CALIFICAR

### Afecciones que califican:

- Parapléjico
- Cuadrapléjico
- Hemipléjico
- Esclerosis múltiple
- Escleroderma
- Enfermedad que pone en peligro la vida
- Sistema inmunológico comprometido
- Enfisema que requiere aparato de respiración de presión positiva
- Ha tenido neumonía 3 o más veces en 12 meses como resultado de una enfermedad crónica
- Parálisis de 2 o más extremidades
- Requiere equipo de soporte vital

Nota: El equipo de soporte vital no incluye aparatos ni dispositivos médicos usados en un hospital o clínica médica, ni incluye dispositivos terapéuticos tales como calentadores para albercas o tanques, saunas o tinas de hidromasaje.

## CÓMO SOLICITAR

Por favor llene y firme la solicitud en la página siguiente y envíela por correo electrónico a [billing@lbutilities.org](mailto:billing@lbutilities.org), o envíela por correo a:

Long Beach Utilities Billing  
2400 E. Spring St.  
Long Beach, CA 90806

Los solicitantes deben incluir una carta de verificación firmada por un médico junto con su solicitud.

## SOLICITUD

Número de cuenta del servicio público: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (si es diferente): \_\_\_\_\_

Dirección de servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Soy un cliente de Servicios Públicos de Long Beach, y declaro que el solicitante arriba mencionado es un residente permanente en la dirección de servicio arriba mencionada, calificándome para un subsidio de termias mensuales adicionales de gas a la tarifa de base.

Entiendo que la elegibilidad está restringida a la dirección residencial de servicio mencionada arriba, y estoy de acuerdo en notificar a la Ciudad dentro de los 10 días siguientes de cualquier cambio en el estatus, incluyendo, sin limitación:

1. La persona calificada ya no vive en esta dirección
2. El equipo de soporte vital ya no está en uso, o se ha retirado de las instalaciones
3. El paciente ya no sufre de la enfermedad y/o afección

Entiendo que debo renovar la declaración de elegibilidad dentro de los 10 días siguientes a la solicitud por escrito de la Ciudad con el objeto de mantener este subsidio adicional a la línea de base. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información entregada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## VERIFICACIÓN DEL MÉDICO

*Debe ser completado por el paciente*

Número de cuenta del servicio público: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Este paciente tiene una afección médica que califica de la lista siguiente: S / N**

- Parapléjico
- Cuadrapléjico
- Hemipléjico
- Esclerosis múltiple
- Escleroderma
- Enfermedad que pone en peligro la vida
- Sistema inmunológico comprometido
- Enfisema que requiere aparato de respiración de presión positiva
- Ha tenido neumonía 3 o más veces en 12 meses como resultado de una enfermedad crónica
- Parálisis de 2 o más extremidades
- Requiere equipo de soporte vital

**Este paciente requiere equipo de soporte vital que funciona con gas natural: S / N**

*Debe ser completado por el médico*

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de su oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de registro CA: \_\_\_\_\_