



# Programa de exención médica de Colorado

Un programa especial ofrecido por Black Hills Energy y supervisado por Chronic Care Collaborative

**Instrucciones:** Firme y llene el formulario del paciente (primera página) y pídale a su proveedor de atención médica que firme y llene el Formulario de Certificación del Proveedor de Atención Médica (reverso de la página). Envíe su solicitud completa por FAX a Chronic Care Collaborative al **303-955-7538** o envíelo por correo a:

CCC- Energy Program  
PO Box 461657  
Aurora CO 80015-9998

## Sección I. Información general

Nombre en la cuenta de Black Hills Energy \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (si no es titular de la cuenta) \_\_\_\_\_  
Num. de tel. de día \_\_\_\_\_ Otro núm. de tel. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento/unidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Núm. de cuenta de Black Hills Energy\* \_\_\_\_\_

\*Debemos tener su número de cuenta para procesar su solicitud y su cuenta con Black Hills Energy debe tener 12 meses de historial de facturación consecutivos.

Infórmenos quién lo refirió a este programa especial \_\_\_\_\_

## Sección II. Información de ingresos

Favor de incluir los ingresos de TODAS las fuentes y de TODOS los miembros del hogar.

¿Cuánto es su ingreso familiar actual? \$ \_\_\_\_\_ por año

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ personas

## Sección III. Firmas

Al firmar este formulario:

- Acepto permitir que Black Hills Energy revise mi uso de energía e informe a Chronic Care Collaborative sobre mi elegibilidad para el programa.
- Acepto permitir que Black Hills Energy otorgue permiso a Chronic Care Collaborative para procesar mi solicitud para el programa de Exención Médica.

Todos los adultos que viven en su hogar deben firmar a continuación.

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

# Certificación del Proveedor de Atención Médica Autorizado

El Programa de Exención Médica de Colorado lo ofrece Black Hills Energy para reducir las tarifas de electricidad para clientes elegibles de bajos ingresos que usan equipo médico esencial o que tienen condiciones médicas que les dificultan reducir el uso de electricidad en el verano (los ejemplos incluyen: diálisis en el hogar, máquinas de oxígeno y CPAP, sillas de rueda eléctricas, EM, lupus, epilepsia, etc.). Su paciente le ha pedido que certifique que usa equipo médico esencial o tiene un diagnóstico médico que lo calificaría para este programa. Puede confirmarlo por teléfono a Chronic Care Collaborative (al número de teléfono a continuación). La confirmación telefónica debe ser seguida de una certificación por escrito (incluidos certificados y firmas electrónicos) en un plazo de 10 días.

## Sección IV. Información del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Num. de tel. de día \_\_\_\_\_ Otro núm. de tel. \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento/unidad \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Condición médica/razón del aumento de uso de energía por el paciente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Sección V. Certificado y firmas

Certifico:

- Que he obtenido el consentimiento del paciente para divulgar la información médica necesaria para llenar este formulario.
- Que el paciente mencionado anteriormente usa el equipo médico esencial indicado y/o tiene una(s) condición(es) médica(s) que dificulta(n) la reducción del consumo de electricidad durante el verano.
- El paciente mencionado anteriormente puede tener un alto uso de energía debido a su condición médica.

Nombre completo del proveedor \_\_\_\_\_  
 Dirección de la oficina \_\_\_\_\_ Número de oficina \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Número de licencia médica  
 estatal \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Llene, firme y envíe por fax su solicitud a Colorado Medical Exemption Office Chronic Care Collaborative al **303-955-7538** o envíe por correo a:

CCC- Energy Program  
 PO Box 461657  
 Aurora CO 80015-9998

**Por favor no envíe este formulario a Black Hills Energy ya que este programa es administrado por Chronic Care Collaborative según lo autorizado por la Comisión de Servicios Públicos de Colorado.**

¿Preguntas? Contacte a Sabrina Padilla en CCC al: [sabrina.padilla@ccc-co.org](mailto:sabrina.padilla@ccc-co.org) o al 303-993-5056

