

PROGRAMA DE TARIFAS ESPECIALES PARA PERSONAS CON INCAPACIDADES MÉDICA COMO CALIFICAR Y APLICAR

Bajo el Programa de tarifas de MMWD por incapacidad médica, el cargo de servicio bimestral de los medidores y la cuota del manejo de la cuencas no se aplican, y los clientes recibirán doce (12) CCF adicionales de agua facturados a la tasa de nivel más baja, (T1). (Un CCF, o cien pies cúbicos, es igual a 748 galones.)

Para calificar en este programa del MMWD Ud. deberá:

- ✓ Establecer su discapacidad que requiere el uso de cantidades adicionales de agua a través de la verificación de su médico (formulario adjunto);
- ✓ Instalar dispositivos de ducha, inodoros y aireadores de grifo en su hogar que cumplan con el código de eficiencia de MMWD (MMWD ofrece gratuitamente cabezas de ducha y aireadores de grifo);
- ✓ Ser residente de casa unifamiliar con un medidor de agua que no exceda 1" en tamaño;
- ✓ Tener la cuenta del agua a su nombre (complejos de viviendas/apartamentos o casas rodantes con un medidor maestro no califican); y
- ✓ No ser reclamado como dependiente en la declaración jurada de impuestos sobre la renta (TAXES) de otra persona.

Para calificar, por favor, complete la aplicación adjunta y regrésela a:

**Marin Municipal Water District
Customer Service Department
220 Nellen Avenue
Corte Madera, CA 94925**

Su aplicación deberá incluir la certificación de su Doctor, en donde confirme su incapacidad física.

Por favor si tiene alguna pregunta sobre este programa comuníquese con nuestro departamento de Servicios al Cliente al (415) 945-1400. Nosotros le notificaremos en forma

escrita si Ud. califica o no para este programa. Por favor espere tres semanas para que su aplicación sea procesada.

Recuerde: El Distrito se reserva el derecho de solicitar información adicional en cualquier momento. Mientras que la elegibilidad es normalmente por un período de un año, la participación en el programa puede ser revocada si el consumidor no cumple con todos los criterios de calificación establecidos en el Código del Distrito.

Sección 6.01.100 del Código de MMWD. “.....El Distrito podrá realizar una auditoría del consumo de agua en cualquier propiedad cuyo ocupante reciba los beneficios del programa de costos especiales por incapacidad física, esto es para asegurar que el consumidor está en conformidad con esta sección y otras disposiciones de este Código con referencia a la conservación del agua.”



PROGRAMA DE TARIFA DE AGUA PARA CLIENTES CON INCAPACIDAD MÉDICA
FORMULARIO DE APLICACIÓN

Solicitud para el año calendario 20____

Numero de Cuenta #:		Fecha:
Nombre:		Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:

Por favor incluir:

- ☐ Certificación del doctor en medicina u osteopatía con licencia para practicar medicina en el Estado de California

Declaro bajo pena de falso testimonio que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor notifique a MMWD si la persona que está calificando para el Programa de Tarifas de Agua para Clientes con Incapacidad Médica se mueve a otra dirección de servicio.



PROGRAMA DE TARIFA DE AGUA PARA CLIENTES CON INCAPACIDAD MEDICA

CERTIFICACIÓN DEL DOCTOR EN MEDICINA U OSTEOPATÍA

Con licencia para practicar la medicina en el Estado de California

Certifico que la condición médica y las necesidades de _____
(nombre del paciente)
que es un residente a tiempo completo de la casa del cliente, son los siguientes:

Ambas preguntas a continuación deben ser completados:

1. La condición es : ☐ Permanente ☐ Temporalia

Si es temporalia, anticipe la fecha de recuperación: _____

2. El Paciente esta con un dispositivo de soporte vital: ☐ Sí ☐ No

Un dispositivo que sustenta la vida es un equipo médico que se utiliza para mantener la vida o fiables para la movilidad. El término "dispositivo de soporte vital" incluye, pero no se limita a, respiradores, máquinas de hemodiálisis, máquinas de succión, almohadillas de presión y bombas de aerosol, tiendas de campaña, electrostática y nebulizadores ultrasónicos. Los dispositivos utilizados para la terapia y no para soporte de vida en general, no reúnen los requisitos.

3. La condición del paciente requiere el uso de agua adicional? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Doctor (letra escrita o imprenta) _____

Firma del Doctor _____

Dirección de las Oficinas _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono _____

Si desea proporcionar más detalles, por favor adjuntar su declaración firmada.