



## RIVERSIDE PUBLIC UTILITIES (RPU) UTILICARE APPLICATION SOLICITUD DE SERVICIOS PÚBLICOS DE RIVERSIDE (RPU) UTILICARE

UTILITY ACCOUNT # / CUENTA DE SERVICIO PÚBLICO:

NAME ON UTILITY ACCOUNT:

NOMBRE EN LA CUENTA DE SERVICIO PÚBLICO:

APPLICATION DATE:

FECHA DE SOLICITUD:

SERVICE ADDRESS:

DIRECCIÓN DE SERVICIO:

ZIP CODE

CÓDIGO POSTAL:

PRIMARY PHONE #:

TELÉFONO PRIMARIO #:

SECONDARY PHONE#

TELÉFONO SECUNDARIO #:

EMAIL ADDRESS

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

PATIENT NAME:

NOMBRE DEL PACIENTE:

PATIENT IS FULL-TIME RESIDENT AT ADDRESS? ( ) YES ( ) NO

¿EL PACIENTE ES RESIDENTE DE TIEMPO COMPLETO EN LA DIRECCIÓN? ( ) SÍ ( ) NO

RELATIONSHIP TO CUSTOMER: ( ) CHILD ( ) SPOUSE ( ) PARENT ( ) OTHER: (Specify)

RELACIÓN CON EL CLIENTE: ( ) HIJO/A ( ) CÓNYUGE ( ) PADRE/MADRE ( ) OTRO: (Especifique)

\*\*\*FOR MASTER METERED ACCOUNTS ONLY (APARTMENT/MOBILE HOME)  
SÓLO PARA CUENTAS MEDIDAS EN GENERAL (APARTAMENTO/CASA MÓVIL)\*\*\*

TENANT'S NAME / NOMBRE DEL INQUILINO:

PHONE / TELÉFONO:

ADDRESS:

DIRECCIÓN:

SPACE/APT #:

ESPACIO/APTO #:

ZIP CODE:

CÓDIGO POSTAL:

SIGNATURE OF OWNER/MANAGER:

FIRMA DEL PROPIETARIO/ADMINISTRADOR:

DATE:

FECHA:

### CUSTOMER/PATIENT UTILICARE AGREEMENT ACUERDO DE CLIENTE/PACIENTE UTILICARE

I, the undersigned, certify that all information provided is true and correct to the best of my knowledge and that all devices described are used at the service address provided. I agree to notify RPU immediately if use of the device(s) are terminated and/or changed. I realize that Utilicare participation does not in any way excuse or relieve my responsibility to keep my account paid in full. Nonpayment of a utility bill is grounds to forfeit my participation in the Utilicare program, as well as have my service limited and/or terminated. I understand that any misinformation could result in disqualification from this program.

I acknowledge that the Utilicare program does not guarantee delivery of electric energy and that I am responsible for providing adequate back-up power to support all lifesustaining medical devices; I hereby release the City of Riverside from any and all liability should there be a disruption of power requiring the need for back-up power. I request that my Physician release all requested medical information to RPU for qualification and verification.

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que todos los dispositivos descritos se utilizan en la dirección de servicio proporcionada. Acuerdo notificar a RPU inmediatamente si el uso de los dispositivos se termina y/o cambia. Me doy cuenta de que la participación en Utilicare no excusa ni exime de ninguna manera mi responsabilidad de mantener mi cuenta pagada en su totalidad. El impago de una factura de servicios públicos es motivo para perder mi participación en el programa Utilicare, así como tener mi servicio limitado y/o terminado. Entiendo que cualquier información incorrecta podría resultar en descalificación de este programa.

Reconozco que el programa Utilicare no garantiza la entrega de energía eléctrica y que soy responsable de proporcionar electricidad de respaldo adecuada para apoyar todos los dispositivos médicos que sostienen la vida; por la presente exonero a la Ciudad de Riverside de cualquier responsabilidad y obligación en caso de que haya una interrupción de la electricidad que requiera la necesidad de electricidad de respaldo. Solicito que mi médico libere toda la información médica solicitada a RPU para su calificación y verificación.

Check this box if you give permission for RPU to contact you in the event of an electric energy outage by either phone, email or personal contact.

Marque esta caja si da permiso para que RPU se comunice con usted en caso de un corte de energía eléctrica por teléfono, correo electrónico o contacto personal.

CUSTOMER SIGNATURE / FIRMA DEL CLIENTE:

DATE / Fecha:

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE:

DATE / Fecha:

**PHYSICIAN'S CERTIFICATION OF MEDICAL CONDITION AND REQUIRED LIFE SUSTAINING EQUIPMENT**  
**\*\*\*ALL REQUIRED medical information below must be filled out by signing Physician\*\*\***  
**CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE LA CONDICIÓN MÉDICA Y DEL EQUIPO DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA REQUERIDA**  
**\*\*\*TODA la información médica REQUERIDA a continuación debe ser llenada firmando el médico\*\*\***

Patient Name / Nombre del Paciente:

Physician's Diagnosed Condition / Condición Diagnosticada del Médico:

Condition is: ( ) Non-Permanent ( ) Permanent  
 La Condición es: ( ) No Permanente ( ) Permanente

Patient is: ( ) Non-Ambulatory ( ) Ambulatory  
 El Paciente es: ( ) No Ambulatorio ( ) Ambulatorio

Patient's Medical Condition is (select one of the following): ( ) MILD ( ) MODERATE ( ) SEVERE ( ) CRITICAL  
 La Condición Médica del Paciente es (seleccione una de las siguientes opciones): ( ) LEVE ( ) MODERADO ( ) SEVERO ( ) CRÍTICA

| Type of Medical Equipment requiring electricity<br>Tipo de Equipo Médico que requiere electricidad | Required Usage Per Day (Hours)<br>Uso Requerido Por Día (Horas) |
|--|---|
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |

Note: \*If more than 5 devices are required, attach an additional sheet.  
 Nota: \*Si se requieren más de 5 dispositivos, adjunte una hoja adicional.

PHYSICIAN'S NAME (PRINT):  
 NOMBRE DEL MÉDICO (IMPRIMIR):

CA STATE LICENSE NO:  
 NO. DE LICENCIA DE ESTADO DE CA:

ADDRESS:  
 DIRECCIÓN:

PHONE:  
 TELÉFONO:

CITY, STATE, ZIP  
 CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL

EMAIL ADDRESS:  
 DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

◆◆◆PHYSICIAN'S SIGNATURE:  
 ◆◆◆FIRMA DEL MÉDICO:

DATE:  
 FECHA:

**FOR CITY USE ONLY | SÓLO PARA USO DE LA CIUDAD**

EFFECTIVE:  
 FECHA DE VIGENCIA:

RATE:  
 PRECIO:

COMPLETED BY:  
 COMPLETADO POR:

DATE RECEIVED:  
 FECHA RECIBIDA: