



Solicitud de Descuento Médico

MLS

1. Información de la Cuenta

Nombre (como aparece en la factura de MID)	
Domicilio de Servicio	
Ciudad	Código Postal
Domicilio de correspondencia (si es diferente al de servicio)	
Ciudad	Estado Código Postal
Numero de Cuenta De MID	Numero de Teléfono

Cómo Solicitar

1. Ingrese su información de la cuenta
2. Complete la sección "Información del Hogar y Verificación de Ingresos"
3. **Adjunte una copia de la documentación requerida**
4. **Asegurar que el médico completé la certificación (atrás)**
5. **Firme y ponga la fecha, envíe la solicitud junto con los documentos requeridos a:**

MID - MLS
P.O. Box 4060
Modesto, CA 95352-4060
or email to
MIDCares@mid.org

****solicitudes incompletas no serán procesadas****

2. Información del Hogar y Verificación de Ingresos

Numero total de personas que viven en el hogar (tiempo completo): Adultos _____ + Menores (menor de 18) _____ = _____ Total

MID no acepta estados de cuenta bancarios como prueba de ingresos. Documentos **no** serán devueltos. Los ingresos que debe incluir son los salarios de todos los miembros del hogar, derivados de cualquier fuente (sujeto o no a impuestos) o no limitado a:

Salarios \$ _____	TANF (AFDC) \$ _____	Sostenimiento marital \$ _____
Ingresos por interés \$ _____	Sostenimiento de hijos \$ _____	Ingresos por alquiler o regalías \$ _____
Seguro social \$ _____	Pagos por incapacidad \$ _____	Compensación legal \$ _____
SSI, SSP, SSDI \$ _____	Compensación de empleo \$ _____	Becas o subsidios escolares \$ _____
Pensiones \$ _____	Beneficios del desempleo \$ _____	Efectivo \$ _____
Ingresos por trabajo propio (Se requiere IRS Form Schedule C) \$ _____		
Otros ingresos (explique): _____		\$ _____

Total de ingresos mensuales del hogar (En Bruto): \$ _____

Los ingresos mensuales del hogar deben ser \$7,083 o menos para calificar. Efectivo 01/01/2023

3. Documentación Requerida

Por favor verifique que la siguiente información este completa y adjunta:

Comprobantes de ingresos mensuales del hogar

Certificación de médico completa

Declaración y Firma

Modesto Irrigation District no puede garantizar el servicio eléctrico ininterrumpido. Soy responsable de proporcionar un alternativo para obtener electricidad en caso de apagones o desconexión del servicio por falta de pago.

La información en esta solicitud y los documentos necesarios se utilizarán para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Toda la información es confidencial y no se compartirá con agencias fuera de MID. Es la responsabilidad del cliente de contactar a MID si sus ingresos aumentan por encima de los límites actuales y / o si el paciente ya no requiere el aparato médico(s). MID se reserva el derecho de solicitar la certificación adicional en cualquier momento mientras que el cliente de MID este en el programa. Cualquier distorsión de la información, no revelar todos los ingresos o falta de documentación adicional, incluyendo los registros de impuestos, según lo solicitado por MID, puede resultar en la descalificación del programa MLS. MID cobrará al cliente el valor del descuento de MLS recibidas indebidamente en conformidad con el Reglamento de Servicio Eléctrico MID.

Si soy elegible para el programa de MLS de MID doy permiso a que el descuento apropiado se aplique a la dirección escrita inicialmente, que se realice el cambio correspondiente en mi tarifa y doy consentimiento para que verifiquen mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información es verdadera y correcta.

X
 Firma de Solicitante (persona cuyo nombre aparece en la cuenta de MID)

Fecha

STOP Por favor asegúrese que su médico complete la segunda página (atrás) antes de enviar a MID.

For Physician Use Only

Page 2: To be completed by a Doctor of Medicine or Osteopath, licensed to practice in the State of California

1. Patient Information

Patient Name	Patient Date of Birth	Relationship to Customer
--------------	-----------------------	--------------------------

2. Life Support Device *(Electrically Powered)*

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No IPPB <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Oxygen Concentrator <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Electric Wheelchair <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No In-Home Dialysis Cyclor <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Equipment <i>(description):</i> _____	<p style="text-align: center;"><i>Devices used for therapy rather than life support do not qualify. Equipment must be plugged in and not battery operated.</i></p>
--	--

3. Special Electric Heating and Cooling Needs

Medical discount is available for special heating and/or cooling needs if the patient is:

Paraplegic Quadriplegic Hemiplegic Multiple Sclerosis Scleroderma

Heating or cooling is medically necessary to sustain the person's life or prevent deterioration of the person's medical condition:

Yes No **Special Cooling Needs** *(description):* _____

Yes No **Special Electric Heating Needs** *(description):* _____

4. Physician Certification *(MD or DO)*

Diagnosis / Medical Condition

I certify that the life support device(s) and/or additional heating or cooling will be required for a minimum of 12 months. Duration of medical condition:

Permanent (Check One) Yes No *Permanent: not expected to change for an indefinite time; not temporary.

Does interruption in power cause a potentially life-threatening medical condition? Yes No

Physician Name	Phone Number
Office Address	City, State Zip Code
California Medical License Number	Fax Number
Physician Signature X	Date

MID Use Only

Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Recertification Required: <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Every 3 Years	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">ES Staff</td> <td style="width: 40%;">Date</td> </tr> <tr> <td>ES Supervisor</td> <td>Date</td> </tr> </table>	ES Staff	Date	ES Supervisor	Date	Reason for Disqualification: <input type="checkbox"/> Equipment does not qualify <input type="checkbox"/> Heating/Cooling needs do not qualify <input type="checkbox"/> Income does not qualify <input type="checkbox"/> Application Incomplete
ES Staff	Date					
ES Supervisor	Date					