



SOLICITUD DE REGISTRO DE PERSONA ELECTRODEPENDIENTE CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



DATOS DE LA PERSONA ELECTRODEPENDIENTE

| | | |
|--|---|---------------------------|
| Nombre completo (nombres, apellidos): | | |
| RUT: | Fono (s): | |
| Fecha Certificado (día/mes/año) ____ / ____ / ____ | Correo Electrónico: | |
| Domicilio particular de hospitalización domiciliaria | N° Cliente: | Empresa eléctrica: |
| | Calle, N°: | Comuna: |
| Indique forma de determinación del consumo de su equipamiento electrodependiente (se utilizará para determinar la rebaja en la cuenta): (marque una opción) | Consumo fijo estimado de 50KW (se rebaja este valor mensualmente) | |
| | Estimación de consumo por el valor nominal asociado al equipamiento médico según las horas de uso | |
| | Instalación de equipo de medición en la instalación interior (esto puede implicar modificaciones a la red interior que requieren costos adicionales no cubiertos por la Ley) | |

DATOS DEL TUTOR (*)

Tutor es quien representa a la persona electrodependiente y/o está a cargo de su cuidado (puede ser el mismo paciente).

| | |
|---|----------------------------|
| Nombre completo (nombres, apellidos): | |
| RUT: | |
| Fecha presentación solicitud: ____ / ____ / ____ | |
| Indique de contacto preferido para ser contactado en caso de interrupciones de suministro : | Fono (s): |
| | Correo Electrónico: |
| <p><i>(*) Debe indicar medio de contacto para informar cinco días antes de los cortes programados. Los datos especificados son requeridos para facilitar los contactos del cliente ante necesidades específicas de la Distribuidora y/o la Superintendencia de Electricidad y Combustibles, y no serán utilizados para usos ajenos a la condición de paciente electrodependiente.</i></p> | |

El firmante declara bajo juramento que el paciente que presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electrodependiente identificado en este documento reside permanentemente en el domicilio indicado y que los datos aportados son verdaderos.