



Cortes de Energía por Seguridad Solicitud de Recursos



Rev.8.17.21

Fecha en que se completó: _____

Nombre Completo: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Domicilio Físico, Ciudad, Código Postal y Condado *(si no son los ya indicados)*

Número de Teléfono: _____ Tipo de Teléfono: Fijo Móvil

¿Qué tipo de dispositivos de asistencia eléctricos o equipo médico duradero utiliza?

¿Cuántas horas al día utiliza cada uno de los dispositivos enumerados en la columna izquierda?

¿Vive solo(a)? Sí No

Si se va la luz en su casa, ¿tiene alguna fuente de reserva de electricidad que pueda utilizar?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de fuente de reserva?

¿Usted participa en el [programa Medical Baseline](#)? Sí No

¿Usted cuenta con un plan de emergencia personal en su hogar? Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿usted está dispuesto a crear un plan y a ponerlo en marcha?

Sí No

¿Usted recibe para algún tipo de beneficio público o reúne los requisitos para recibirlo?

Sí No

¿Quién es su proveedor de electricidad? _____

¿Cuál es el número de cuenta de su servicio eléctrico? (Opcional) _____

¿Usted paga sus facturas de servicios públicos o están incluidas en el pago de su alquiler?

Sí No No estoy seguro

¿A qué hora del día podemos contactarlo(a) para discutir sus necesidades ante los desastres/emergencias/cortes de energía por seguridad pública (PSPS, por sus siglas en inglés)? _____

¿Cómo supo del programa DDAR? _____