



# SAN ANTONIO WATER SYSTEM

## Programa de Aviso de Cortesía

La aceptación en el Programa de Aviso de Cortesía no garantiza el servicio continuo de agua. Solo suspende la desconexión del servicio de agua por una necesidad médica por 24 horas para que se puedan hacer los pagos y / o arreglos de pago. Si tiene preguntas sobre el Programa de Aviso de Cortesía, llame al 233-CARE (2273).

**PARA COMPLETARSE POR EL CLIENTE RESIDENCIAL DE SAWS**

**Nombre en la cuenta:**

**Dirección:**

**Ciudad, Estado, Código postal:**

**Número de cuenta de SAWS:**

**Numero de teléfono:**

**Correo electrónico:**

**Nombre de la persona para la cual el servicio de agua es medicamente necesario:**

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica pertinente para la calificación como cliente médico en el Programa de Aviso de Cortesía de San Antonio Water System. Al firmar a continuación, reconozco la exactitud y la veracidad de la información proporcionada. También autorizo a un representante de San Antonio Water System a contactar a los mencionados anteriormente para verificar cualquier información provista en esta solicitud.

**Firma del paciente o guardián legal::** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

A completarse por el médico-

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (PLEASE PRINT LEGIBLY)**

Please describe the medical condition of above named patient, for which continued water service is necessary:

Is the patient bed-ridden? \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no

Is continuous water service necessary for any type of life sustaining equipment? \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no

If yes, please explain the type of equipment: \_\_\_\_\_

Is the patient's condition temporary? \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no

If yes, estimated time period when condition would warrant the removal from this benefit: \_\_\_\_\_

If none of the above apply, please describe why water is medically necessary for this customer:

**Office Address:** \_\_\_\_\_

**City, State, Zip code:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Physician's Name:** \_\_\_\_\_

**Physician's Signature:** \_\_\_\_\_