SOUTHWEST GAS CORPORATION®

CERTIFICACION DE SALUD Y/O CONDICION DE INCAPACIDAD (ARIZONA)

Esta forma debe ser completada y firmada por un medico con licencia y devuelta a SWG dentro de quince (15) días de haber obtenido las firmas requeridas. La información proporcionada será el uso exclusivo de SWG para asegurar que el servicio de gas, para el individuo que aquí se indica, no sea terminado injustamente o interrumpido más que razonablemente necesario. Esta forma es válida para la dirección del servicio indicado a continuación. Una forma actualizada es necesaria si el individuo indicado en el presente documento se mueve a una dirección diferente, o a petición de Southwest Gas Corporation.

Por favor, escriba en letra de molde:

Esto certifica que _____

Apellido del Solicitante *Primer Nombre* *Inicial*

es el cliente de registro o un residente permanente en _____

Dirección del servicio de gas

_____ en _____ , _____ .

Mes y Día *Año*

Termination or prolonged interruption of gas service would be especially dangerous to the above-named individual because of a health and/or disability condition. ☐ Yes ☐ No

Is condition permanent? ☐ Yes ☐ No If yes, expected recovery date _____

The Arizona Corporation Commission has defined weather especially dangerous to health as "That period of time commencing with the scheduled termination date when the local weather forecast, as predicted by the National Oceanographic and Administrative Service, indicates that the temperature will not exceed 32° Fahrenheit for the next day's forecast." In accordance with the definition, is the customer's condition affected by seasonal changes or other circumstances?
☐ Yes ☐ No

Period of time when termination or prolonged interruption of service would be especially dangerous to health: _____

_____

_____

Name of attending physician (please print)

_____ _____

Signature of physician *Title*

_____

Name of medical or other facility where service is rendered

_____ _____

Date signed *Telephone number*

Certifico que he leído las declaraciones antes mencionadas y que todas están correctas, y además consiento la utilización de la información por SWG para los objetivos declarados en este documento.

→I _____ _____

Firma del cliente o residente permanente *Fecha firmado*

SOUTHWEST GAS CORPORATION

Para más información, visite a www.swgas.com/residential/specialprograms o llame (sin cargo) al 1-877- 860-6020
Envíe la forma firmada a Southwest Gas en:

Fax..... 1-866-997-9427
Correo ..... PO Box 1498, Victorville, CA 92393
Correo Electrónico... customerinfo@swgas.com

Southwest Gas Corporation no garantiza la privacidad ni seguridad de documentos enviados por fax o correo electrónico. Al enviar o solicitar información por fax o correo electrónico, usted está de acuerdo con aceptar cualquier riesgo asociado.