

Serious Medical Condition Certification Form

Form SMCC (08/2024)

To Be Completed by the Customer										
Customer Name								Electric Account Number		
								Natural Gas Account Number		
Customer Address								Water Account Number		
								Wastewater Account Number		
								Contact Telephone Number		
City				State		Zip Code			Alternate Telephone Number	
<i>I certify that the information provided above is accurate and the patient is the customer or a family member of the customer residing at this residence.</i>										
Customer Signature								Date		
To Be Completed by the Patient/ Legal Guardian/ Power of Attorney										
Patient Name								Patient Relationship to Customer		
Contact Telephone Number								Alternate Telephone Number		
<i>I hereby authorize my physician to release the following information about the above-named patient to the utility's representatives and/or the State Corporation Commission and to answer related questions to help determine if the identified medical condition(s) meets the definition of a serious medical condition which is defined below. I certify that the patient lives at the address listed above and that all information provided is accurate</i>										
Patient/ Legal Guardian/ Power of Attorney Signature								Date		
To Be Completed by the Physician (M.D. or D.O. or Nurse Practitioner)										
Physician/Nurse Practitioner Name								Contact Telephone Number		
Physician/Nurse Practitioner Office Address								Alternate Telephone Number		
City				State		Zip Code			Fax Number	
Current License Number								Licensing State		
Patient's Diagnosis/Serious Medical Condition										
Required Treatment for Condition										
Equipment prescribed and/or equipment required for treatment of condition (If any) (Check all that apply)										
Mechanical Ventilator Feeding Pump Infant Apnea Monitor Continuous Oxygen Home Dialysis				CPAP Machine Nebulizer Hospital Bed Refrigeration HVAC				Ventricular Assist Device		
								Other		
Expected Duration of Condition										
<i>I certify that the above patient has a serious medical condition which is defined as a physical or psychiatric condition that requires medical intervention to prevent further disability, loss of function, or death. Such conditions are characterized by a need for ongoing medical supervision or the consultation of a physician or nurse practitioner. A serious medical condition carries with it a risk to health beyond that experienced by the majority of children and adults in their day-to-day minor illnesses and injuries. Individuals with a serious medical condition may require administration of specialized treatments and may be dependent on medical technology such as ventilators, dialysis machines, enteral or parenteral nutrition support, or continuous oxygen. Medical interventions may include medications with special storage requirements, use of powered equipment, or access to water. I certify that the preceding information is correct</i>										
Physician's/Nurse Practitioner's Signature								Date		

This form was developed pursuant to 20VAC 5-330 "Limitations on Disconnection of Electric, Water, Wastewater, and Natural Gas Service"

All information is required. Please complete the form in its entirety and email to CCCCorrespondence@agresources.com.
If email is not available, fax the Medical Certificate to 1-800-442-1427.

Formulario de certificación de condición médica grave

Formulario SMCC (08/2024)

Para ser completado por el cliente							
Nombre del cliente				Número de cuenta eléctrica			
				Número de cuenta de gas natural			
Dirección del cliente				Número de cuenta de agua			
				Número de cuenta de aguas residuales			
				Número de teléfono de contacto			
Ciudad		Estado		Código postal		Número de teléfono alternativo	
<i>Certifico que la informacion proporcionada anteriormente es precisay que el paciente es el cliente o un miembro de la familia del cliente que reside en esta residencia</i>							
Firma del cliente						Fecha	
Para ser completado por el paciente/tutor legal/apoderado							
Nombre del paciente				Relacion del paciente con el cliente			
Número de teléfono de contacto				Número de teléfono alternativo			
<i>Por la presente autorizo a mi médicoa divulgar la siguiente información sobre el paciente mencionado anteriormente a los representantes de la empresa de servicios pblicos y/o a la Comisión de Corporaciones del Estado y a responder preguntas relacionadas para ayudar a determinar si las condiciones médicas identificadas cumplen con la definiciónde una condición médica grave que se define a continuación. Certifíeo que el paciente vive en la dirección indicada anteriormente y que toda la informacion proporcionada es precisa.</i>							
Firma del paciente/tutor legal/apoderado						Fecha	
Para que complete el médico (MD, DO o enfermero especializado)							
Nombre del médico/enfermero especializado				Número de teléfono de contacto			
Dirección de la oficina del médico/enfermero especializado				Número de teléfono alternativo			
Ciudad		Estado		Código postal		Número de fax	
Número de licencia actual						Estado de la licencia	
Diagnóstico del paciente/Condición médica grave							
Tratamiento requerido para la condición							
Equipo indicado o equipo requerido para el tratamiento de la afección (si corresponde, marque todas las opciones que correspondan)							
Respirador mecánico		Máquina CPAP		Dispositivo de asistencia ventricular			
Bomba de alimentación		Nebulizador		Otro			
Monitor de apnea infantil		Cama de hospital					
Oxígeno continuo		Refrigeración					
Diálisis domiciliaria		Climatización					
Duración esperada de la afección							
<i>Certifico que el paciente mencionadco anteriormente tiene una condición médica grave que se define como una condición física o psiquiá trica que requiere intervención médica para prevenir una mayor discapacidad, pérdida de función o muerte. Estas afecciones suelen requerir una supervisión médica continua o la consulta a un médico o enfermero especializado. Una condición médica grave conlleva un riesgo para la salud que va más allá del que experimentan la mayoría de los niños y adultos en sus enfermedades y lesiones menores cotidianas. Las personas con una condicion médica grave peden requerir la administracin de tratamientos especializados y pueden depender de tecnología médica como ventiladores, máquinas de diálisis, so porte nutricional enteral o parenteral u oxígeno continuo. Las intervenciones médicas pueden incluir medicamentos con requisitos especiales de almacenamiento, uso de equipos eléctricos o acceso al agua.</i>							
Firma del medico/enfermero especializado						Fecha	

Este formulario se desarrolló de conformidad con 20VAC 5-330 "Limitaciones a la desconexión del servicio eléctrico, de agua, de aguas residuales y de gas natural"

Toda la información es requerida. Por favor, complete el formulario en su totalidad y envíelo por correo electrónico a CCCCorrespondence@agresources.com. Si el correo electrónico no está disponible, envíe por fax el Certificado Médico al 1-800-442-1427.