



Courtesy Notice Benefit

El programa de Aviso de Cortesía de SAWS ofrece a los clientes residenciales con una necesidad médica un aviso previo antes de la interrupción del servicio debido a la falta de pago. Este programa está diseñado para permitir que los clientes se comuniquen con SAWS para que se puedan realizar pagos y / o arreglos de pago satisfactorios para evitar la interrupción del servicio. Ser aceptado para el de Aviso de Cortesía no le garantiza un servicio de agua continuo.

Si tiene preguntas sobre el beneficio de Aviso de Cortesía, llame al (210) 233-CARE (2273).

PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR DE LA CUENTA RESIDENCIAL DE SAWS

Nombre del titular de la cuenta: _____

Nombre de la persona para la cual se necesita el agua por razones médicas: _____

Dirección: _____ **Ciudad, Estado, y Código postal:** _____

Número de cuenta de SAWS: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica pertinente para mi calificación como cliente médico en el beneficio de Aviso de Cortesía de San Antonio Water System. Al firmar a continuación, reconozco la exactitud y veracidad de la información proporcionada. También autorizo a un representante de San Antonio Water System a comunicarse con el médico nombrado a continuación para verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud.

Firma de la paciente o guardián legal

Fecha

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (please print legibly)

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

Is patient bedridden? _____ 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 patient's condition temporary? _____ Yes _____ No

If yes, estimated time period when condition would warrant the removal from this program: _____

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

Office Address: _____ **City, State, ZIP code:** _____

Physician Name: _____ **Phone Number:** _____

Physician Signature

Date