

NOV 17 2017 4:51:18

EL PASO ELECTRIC COMPANY  
FOURTH REVISED FORM NO. 9  
CANCELLING THIRD REVISED FORM NO. 9

X  
X

PAGE 1 OF 1

NOTICE OF YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES  
(FINANCIAL AND MEDICAL CERTIFICATION)

X

(SEE ATTACHMENT)

**EFFECTIVE**

DEC 17 2017

REPLACED BY NMPRC  
BY Rule No. 17.1.210 NMAC

Advice Notice No. 252

Signature/Title   
James Schichtl  
Vice President, Regulatory Affairs

**FINANCIAL CERTIFICATION (VALID FOR 90 DAYS ONLY)**

BY SIGNING BELOW, I, THE ACCOUNT HOLDER, ACKNOWLEDGE THAT THIS CERTIFICATE DOES NOT RELIEVE ME OF MY RESPONSIBILITY TO PAY MY CURRENT AND PAST BILLS WITH EL PASO ELECTRIC COMPANY.

- For Administering Authority (Human Services Department (HSD) or Tribal Authority) certification: primary account holder completes Section I and HSD or Tribal Authority completes Section II.

X

OR

- For self-certification: complete Section III and attach a copy of the primary account holder's current Medicaid eligibility.

(Even when Extended Medical Certification is authorized, Financial Recertification is required every 90 days for the Account Holder.)

**SECTION I: AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION - PRIMARY UTILITY ACCOUNT HOLDER**

I, \_\_\_\_\_, authorize Administering Authority to release to EPE information from  
**PRINTED NAME OF PRIMARY ACCOUNT HOLDER**  
my file as deemed necessary for the purpose of qualifying for the Medical Certification program.

X

I certify the information provided is true and correct. I understand that if I provide false information, I can be denied continued medical emergency gas or electric utility service.

|   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| PRIMARY ACCOUNT HOLDER'S SIGNATURE        | UTILITY ACCOUNT NUMBER | PRIMARY ACCOUNT HOLDER'S SOCIAL SECURITY NUMBER |
| PRIMARY ACCOUNT HOLDER'S TELEPHONE NUMBER | SERVICE ADDRESS        | CITY  |
|   | STATE                  | ZIP CODE  |

**SECTION II - ADMINISTERING AUTHORITY (HSD OR TRIBAL) USE ONLY**

I, \_\_\_\_\_, an authorized representative of \_\_\_\_\_ hereby certify that  
**NAME OF AGENCY REPRESENTATIVE** **ADMINISTERING AUTHORITY**

\_\_\_\_\_, the primary account holder named in Section I currently meets the income guidelines as defined by the Administering Authority (such as Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) assistance).

|                                 |                               |      |
|---------------------------------|-------------------------------|------|
| AGENCY REPRESENTATIVE SIGNATURE | CONTACT NUMBER AND FAX NUMBER | DATE |
|---------------------------------|-------------------------------|------|

- OR -

**SECTION III —SELF CERTIFICATION - PRIMARY ACCOUNT HOLDER - ATTACH COPY OF CURRENT NEW MEXICO MEDICAID ELIGIBILITY FOR PRIMARY ACCOUNT HOLDER**

I, \_\_\_\_\_ hereby certify that I am the person responsible for the charges for gas or electric  
**PRINTED NAME OF PRIMARY ACCOUNT HOLDER**

utility service at \_\_\_\_\_ and that a seriously or chronically ill person (as defined by Rule 17.5.410.7  
**SERVICE ADDRESS**

NMAC) \_\_\_\_\_ resides there.  
**PATIENT'S NAME**

I certify the information provided is true and correct. I understand that if I provide false information, I could be denied continued medical emergency gas or electric utility service.

|                                  |      |  |
|----------------------------------|------|--|
| PRIMARY ACCOUNT HOLDER SIGNATURE | DATE | PRIMARY ACCOUNT HOLDER'S SOCIAL SECURITY NO. |
| SERVICE ADDRESS                  | CITY | STATE  |
|                                  |      | ZIP CODE                                     |

It is in the account holder's best interest to make regular payments toward current and past due balances; the account holder is encouraged to contact EPE to make payment arrangements.

X

**SEE OTHER SIDE FOR MEDICAL CERTIFICATION**

X

ATENCION: para considerar la forma completa llene TODOS espacios en blanco, ser válidos y legibles

**CERTIFICACION FINANCIERA (VALIDA POR 90 DIAS)**

AL FIRMAR A CONTINUACION, YO EL TITULAR DE LA CUENTA, RECONOZCO QUE ESTE CERTIFICADO NO ME LIBERA DE MI RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PAGAR MIS FACTURAS ACTUALES Y ANTERIORES CON EL PASO ELECTRIC COMPANY.

Autoridad Administradora (Departamento de Recursos Humanos o Autoridad Tribal) Certificado: Titular Principal de la cuenta complete Sección I y Departamento de Recursos Humanos o Autoridad Tribal Sección II.

X  
X

Para el auto certificación: complete Sección III y adjunte una copia de Elegibilidad de Asistencia Médica (Medicaid) del actual titular de la cuenta principal (Incluso cuando la certificación médica prolongada sea autorizada, se requiere re-certificación financiera cada 90 días por parte del titular de la cuenta)

**SECCION I: AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION – TITULAR PRINCIPAL DE LA CUENTA**

YO, \_\_\_\_\_, doy autorización a la Autoridad Administradora de proporcionar EPE cualquier  
**NOMBRE IMPRESO DEL TITULAR PRINCIPAL**  
información que se considere necesaria con el propósito de calificar para el Programa de Certificación Médica.

X

Yo certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera. Entiendo que si doy información falsa se me puede negar el servicio de emergencia médico prolongado por parte de la compañía de servicio de gas o electricidad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE CUENTA

\_\_\_\_\_  
SEGURO SOCIAL DEL TITULAR PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO DEL  
TITULA PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL SERVICIO

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL

**SECCION II – USO SOLAMENTE PARA LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA (DRH O AUTORIDAD TRIBAL)**

YO, \_\_\_\_\_, representante autorizado de \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL REPRESENTANTE** **AUTORIDAD ADMINISTRATIVA**

certifico que \_\_\_\_\_ es el titular principal de la cuenta en Sección I Actualmente cumple con los  
**NOMBRE DEL TITULAR PRINCIPAL Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL**

requisitos de bajos ingresos como es definido por la Autoridad Administradora para el Programa de Asistencia Energética para Personas de Bajos Recursos (LIHEAP por sus siglas en inglés).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO & FAX

\_\_\_\_\_  
FECHA

- 0 -

YO, \_\_\_\_\_, certifico que soy la persona responsable de los cargos por los servicios de gas o electricidad en  
**NOMBRE IMPRESO DEL TITULAR PRINCIPAL**

\_\_\_\_\_ y que una persona gravemente o crónicamente enferma (de acuerdo a lo definido en la Regla 17.5.410.7 de NMAC  
**DIRECCION DEL SERVICIO**

\_\_\_\_\_ reside aquí.  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

Yo certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera. Entiendo que si doy información falsa se me puede negar el servicio de emergencia médico prolongado por parte de la compañía de servicio de gas o electricidad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE CUENTA

\_\_\_\_\_  
SEGURO SOCIAL DEL TITULAR PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO DEL  
TITULA PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL SERVICIO

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL

Es en el mejor interés en el Titular de la Cuenta hacer pagos hacia saldos adeudados actuales y anteriores, le suplicamos se comunice EPE para hacer arreglos de pago.

X

VER EL REVERSO PARA LA CERTIFICACION MEDICA

X