

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

PLEASE NOTE: To be complete, ALL fields must be filled in, valid, and legible.

### MEDICAL CERTIFICATION

NOTE: In order to continue to receive gas or electric service from (name of utility), a complete Medical and a complete Financial Certification Form must be submitted. This certification is valid for ninety (90) days from the signature date of medical professional.

#### PATIENT OR LEGAL GUARDIAN

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 from \_\_\_\_\_.

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize the medical professional signing this certification to disclose to \_\_\_\_\_ the information contained in this Medical Certification Form.

\_\_\_\_\_  
Name Of Utility Company  
PATIENT OR LEGAL GUARDIAN SIGNATURE DATE

#### PRIMARY UTILITY ACCOUNT HOLDER

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 from \_\_\_\_\_.

I, \_\_\_\_\_, hereby certify that I am the person responsible for the charges for gas or electric utility service at \_\_\_\_\_ and that a seriously or chronically ill person (as defined by Rule 17.5.410.7 NMAC) resides there.

I further certify that I will immediately notify \_\_\_\_\_ or arrange to have such notification provided, if there is a change in the status of the seriously or chronically ill person residing at the Service Address, including relocation or a change in the physical condition of such person which renders continued medical emergency gas or electric utility service unnecessary.

\_\_\_\_\_  
Name Of Utility Company  
PRIMARY ACCOUNT HOLDER SIGNATURE DATE

#### DOCTOR'S USE ONLY --

I, \_\_\_\_\_, certify that: I am (1) a licensed physician or physician's assistant licensed or accepted by the New Mexico Medical Board and practicing under the New Mexico Medical Practice Act, (2) an osteopathic physician or osteopathic physician's assistant practicing under the New Mexico Osteopathic Physician's Practice Act or (3) a certified nurse practitioner licensed by the New Mexico Board of Nursing and practicing under the New Mexico Nursing Practice Act; I hold license number/NPI Number \_\_\_\_\_; and that on \_\_\_\_\_

I examined \_\_\_\_\_ who I am informed resides at \_\_\_\_\_  
NAME OF PATIENT  
SERVICE ADDRESS

I certify that the said person has the following condition in which loss of \_\_\_ gas or \_\_\_ electric (please indicate type of service by checking) utility service would give rise to substantial risk of death or gravely impair health:

DESCRIBE CONDITION AND REASONS FOR CONTINUED GAS OR ELECTRIC UTILITY SERVICE (IF APPLICABLE, LIST MEDICALLY NECESSARY EQUIPMENT)

and that this condition qualifies as a serious or chronic illness pursuant to Rule 17.5.410.7 NMAC.

DEFINITION OF SERIOUS OR CHRONICALLY ILL PER RULE 17.5.410.7 NMAC: AN ILLNESS OR INJURY THAT RESULTS IN A MEDICAL PROFESSIONAL'S DETERMINATION THAT THE LOSS OF GAS OR ELECTRIC UTILITY SERVICE WOULD GIVE RISE TO A SUBSTANTIAL RISK OF DEATH OR GRAVELY IMPAIR HEALTH.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF MEDICAL PROFESSIONAL DATE

OFFICE ADDRESS OF MEDICAL PROFESSIONAL

TELEPHONE NUMBER, AND FAX NUMBER OF MEDICAL PROFESSIONAL

ONLY for patients meeting the requirements for extended medical certification, also complete the additional certification below if it applies to this patient:

#### DOCTOR'S USE ONLY - EXTENDED MEDICAL CERTIFICATION (VALID FOR 1 YEAR)

I \_\_\_\_\_ certify that the above mentioned patient's medical condition

\_\_\_\_\_ is permanent and will not improve within 12 months from \_\_\_\_\_ (today's date.)  
DESCRIPTION OF APPROVED CONDITION SEE OTHER SIDE FOR FINANCIAL CERTIFICATION

X

X

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

**CERTIFICACION MÉDICA**

X

ANTENCION: Con el fin de continuar recibiendo servicio de gas o electricidad un examen Médico completo y una Certificación Financiera completa debe ser proporcionada. Esta certificación es válida por (90) días a partir de la firma del médico.

**PACIENTE O TUTOR LEGAL**

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 \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS

YO, \_\_\_\_\_ por medio de la presente autorizo al personal médico que firma esta certificación revelar información a

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_ contenida en este formulario Médico.

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

**TITULAR PRINCIPAL DE LA CUENTA**

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 \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS

YO, \_\_\_\_\_, certifico que soy la persona responsable de los cargos por el servicio de gas o electricidad en

NOMBRE IMPRESO DEL TITULAR PRINCIPAL

\_\_\_\_\_ y que una persona gravemente o crónicamente enferma (de acuerdo a lo definido en

DIRECCION DEL SERVICIO

la Regla 17.5.410.7 de NMAC reside aquí.

Además certifico que notificaré inmediatamente a \_\_\_\_\_ o hare arreglos para que dicha notificación sea

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS

proporcionada, en caso de que existan cambios en el estatus de la persona gravemente o crónicamente enferma con domicilio en la dirección de servicio incluyendo la reubicación o condición física de la persona que provee servicio de emergencia médico prolongado por parte de la compañía de servicio de gas o electricidad si estos servicios llegaran a ser no necesarios.

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

\_\_\_\_\_  
FECHA

**USO MEDICO SOLAMENTE**

YO, \_\_\_\_\_, certifico que: (1) soy un médico con licencia o asistente de médico con licencia aprobado por el Consejo

NOMBRE IMPRESO DEL MEDICO

Médico de Nuevo México y ejerciendo bajo la Ley Médica de Practicantes de Nuevo México, (2) médico de osteopatía o asistente de médico de osteopatía, ejerciendo bajo la Ley de Osteopatía de Nuevo México, o (3) enfermera certificada por el Consejo de Enfermería de Nuevo México y ejerciendo bajo la Ley de Enfermería de Nuevo México; mi número de licencia/número NPI es \_\_\_\_\_; y que en \_\_\_\_\_

FECHA

Examine a \_\_\_\_\_ y que se me ha informado que reside en \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

DIRECCION DEL SERVICIO

Yo certifico que dicha persona padece de la siguiente condición y que la pérdida del servicio de \_\_\_\_\_ gas o \_\_\_\_\_ electricidad (favor de indicar) causaría un daño irreparable tal como la muerte o un grave deterioro de la salud:

**DESCRIBA LA CONDICION Y RAZONES PARA CONTINUAR CON EL SERVICIO DE GAS O ELECTRICIDAD (SI APLICA, LISTE EL EQUIPO MEDICO NECESARIO) y que esta condición médica es establecida como una enfermedad grave o crónica de acuerdo a la Regla 17.5.410.7 NMAC.**

**DEFINICION DE ENFERMEDAD GRAVE O CRONICA DE ACUERDO A LA REGLA 17.5.410.7 NMAC: UNA ENFERMEDAD O LESION QUE RESULTE EN LA DETERMINACION DE UN PROFESIONAL MEDICO Y QUE ESTIPULE QUE LA PERDIDA DEL SEVICIO DE GAS O ELECTRICIDAD CAUSARIA UN DANO IRREPARABLE TAL COMO LA MUERTE O UN GRAVE DETERIORO DE LA SALUD.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL CONSULTORIO MEDICO

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO Y FAX

SOLAMENTE para pacientes que cumple con los requisitos de certificación médico prolongado, deberán llenar el certificado adicional a continuación, solamente si aplica a este paciente.

**ENFERMEDAD PERMANENTE (CONDICION MEDICA GRAVE O CRONICA DE ACUERDO A LA REGLA 17.5.410.7 NMAC)**

Yo \_\_\_\_\_ certifico que la condición médica del paciente antes mencionado

NOMBRE IMPRESO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

Es una enfermedad permanente y que no tendrá mejoría en los próximos doce meses a partir de \_\_\_\_\_ (fecha actual).

X