



## Customer Experience

---

### **PASOS A SEGUIR PARA OBTENER UN CREDITO BAJO LA LEY 152**

1. EL CLIENTE DEBERÁ OBTENER LOS FORMULARIOS NECESARIOS DE SOLICITUD Y CERTIFICACIÓN MÉDICA.
2. EL CLIENTE DEBERÁ LLENAR EN SU TOTALIDAD TODAS LAS PARTES EXCEPTO LA TITULADA **PARA USO INTERNO** DEL FORMULARIO TITULADO **SOLICITUD PARA CONCEDER CRÉDITO POR CONSUMO DE ENERGÍA DE EQUIPOS ELÉCTRICOS NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA.**
3. DEBERÁ PRESENTAR EL FORMULARIO TITULADO **CERTIFICACIÓN MÉDICA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO POR EL MÉDICO CON LICENCIA PARA EJERCER LA MEDICINA (LEY 22) QUE ATIENDE AL PACIENTE.**
4. VISITARÁ LA OFICINA LOCAL DEL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA Y PRESENTARÁ EL FORMULARIO **CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA PROGRAMADA (ADSEF-PSAEE)** Y EL CERTIFICADO MÉDICO CUMPLIMENTADO. EL FORMULARIO CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA PROGRAMA (ADSEF-PSAEE) SERÁ CUMPLIMENTADO Y FIRMADO POR EL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA.
5. UNA VEZ TENGA TODOS LOS PASOS COMPLETADOS, PRESENTARÁ TODOS LOS DOCUMENTOS EN LA OFICINA COMERCIAL DE LUMA PARA SER PROCESADOS. **NO SE ACEPTARÁN DOCUMENTOS INCOMPLETOS.**

### **LEY 300 (ESCLEROSIS MULTIPLE)**

- EN ESTOS CASOS DE QUE EL CLIENTE NO SEA CERTIFICADO POR EL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA COMO PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS, EL CRÉDITO ESTARÁ LIMITADO AL CINCUENTA (50) POR CIENTO DEL CONSUMO DE ENERGIA ELÉCTRICA ATRIBUIBLE A DICHOS EQUIPOS O ENSERES.



## SOLICITUD PARA CONCEDER CRÉDITO POR CONSUMO DE ENERGÍA DE EQUIPOS ELÉCTRICOS NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA

Nombre del Solicitante:	Fecha:
Dirección:	Teléfono:
Número de cuenta para la cual se solicita crédito:	Seguro Social del Solicitante:
Nombre del Usuario del Equipo:	Seguro Social del Usuario del Equipo:

Condición diagnosticada que requiere utilizar equipo eléctrico para conservar la vida:

Equipo (s) que requiere el paciente en su residencia para conservar la vida:

### RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE

El solicitante es responsable de entregar la **Solicitud, Certificación Médica, y Certificación de Elegibilidad Económica**, completadas en todas sus partes en la Oficina de Servicio al Cliente de LUMA correspondiente a la residencia del usuario de los equipos. Es responsable, además de entregar anualmente y no más tarde de la fecha de aniversario de la última certificación presentada, nuevas certificaciones médica y de elegibilidad económica de la persona que necesita utilizar equipos para conservar la vida. En caso de que la condición de salud sea temporal y él termine por el cual se haya expedido la Certificación Médica sea menor de un año, debe presentarse una nueva **Certificación Médica** no más tarde del último día del mes cuando concluya el término establecido por el médico. El solicitante tiene la obligación de notificar de inmediato a LUMA, de surgir cambios en la condición económica o de salud de la persona que necesita utilizar equipos eléctricos para conservar la vida o en los equipos en el uso de los mismos, después de entregada la solicitud, que puedan variar la elegibilidad a ese beneficio o el cómputo del mismo.

### CERTIFICACIÓN

Certifico que:

- Leí las responsabilidades del solicitante y acepto que, de no cumplir con las mismas, el crédito que solicito puede ser denegado o suspendido. Leí, además la información al dorso de este formulario sobre las sanciones y penalidades a que estaré sujeto en caso de que provea información falsa para obtener el beneficio, o deje de notificar información sobre cambios en la condición económica o de salud de la persona que tiene la necesidad de utilizar equipos eléctricos para conservar la vida, o en los equipos o en el uso de los mismos, después de entregada la solicitud, que puedan variar la elegibilidad a ese beneficio o el cómputo del mismo.
- Tengo conocimiento de que en caso de proveer información falsa o incorrecta o de notificar a LUMA tan pronto tenga conocimiento de cualquier cambio que afecte la concesión del beneficio, incurriría en delito menos grave y podrá ser procesado criminalmente y quedo sujeto a una multa que no exceda de \$500, o pena de cárcel por un término que no exceda de seis (6) meses, o ambas penas o discreción del Tribunal. En tal caso, mi cuenta será ajustada y vendré obligado a pagar la cantidad que corresponda al crédito disfrutado indebidamente, más al ocho por ciento (8%) anual.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

### PARA USO INTERNO

Certifico que el solicitante entregó la Solicitud acompañada de la **Certificación Médica y de la Certificación de Elegibilidad Económica**.

Oficina de Servicio al Cliente de \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Funcionario de LUMA que recibe la Solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario de LUMA que recibe la Solicitud: \_\_\_\_\_

Crédito Máximo	Consumo Mínimo Exento de Crédito	Fecha de Efectividad	Firma Supervisor



**CÓMPUTO DE CRÉDITO MÁXIMO Y CONSUMO MÍNIMO PARA LA CONCESIÓN DE CRÉDITO  
POR CONSUMO QUE EQUIPOS NECESARIOS PARA CONSERVAR LA VIDA  
(PARA USO INTERNO)**

Oficina:	Fecha:	Hora:	Recibido por:	Número Cuenta:
Nombre del Cliente		Teléfonos		
		Residencia	Trabajo	# Celular
Nombre del Paciente		Parentesco	Núcleo Familiar Adultos _____ Niño _____	
Dirección del Servicio		Referencias		
Número del Contador	_____	<b>CONSUMO MÍNIMO EXENTO DE CRÉDITO _____</b> (Para este cómputo favor de utilizar la parte posterior de este documento.)		
Lectura última factura	_____			
Lectura Tomada Hoy	_____			
Constante	_____			

**CRÉDITO MÁXIMO**

Equipo Necesario Autorizado*	Instalado Sí o No	Capacidad Equipo	Consumo KWh	Horas diarias		Consumo kWh Periodo
				Recomendadas	Uso**	

**TOTAL CRÉDITO MÁXIMO \_\_\_\_\_**

\*Se toman en cuenta los equipos autorizados por el médico en su certificación, que no estén excluidos en el Reglamento para la Concesión de Crédito por el Consumo de Equipos Necesarios para Conservar la Vida.

\*\*Se tomará para el cómputo del Crédito Máximo la cantidad menor de ambas columnas. Cuando las horas de uso excedan las recomendadas, el equipo debe incluirse para el cómputo del Consumo Mínimo Exento de Crédito al dorso por el exceso de las horas de uso sobre las recomendadas.

Nombre persona entrevistada:	Firma
Relación con el Paciente:	
Nombre Empleado:	Firma
Nombre Supervisor:	Acción Tomada
Firma del Supervisor:	Fecha



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
ADMINISTRACION DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO  
**Programa Tanf**

**CERTIFICACIÓN**

FECHA (día-mes-año): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

REGIÓN: \_\_\_\_\_

OFICINA LOCAL O CENTRO DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

Estimado(a) señor(a):

La Administración de Desarrollo Socioeconómico del Departamento de la Familia, determina que de acuerdo con nuestros criterios especializados y a tenor con la Ley 152 del 19 de julio de 1998 que enmienda la Ley 83 del 2 de mayo de 1941 conocida como la Ley de la Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico; el solicitante:

- ( ) Posee los recursos económicos para pago de la totalidad de la factura.
- ( ) No posee los recursos económicos para pago de la totalidad de la factura.

Visitará la oficina de Servicio al Cliente de Luma Energy y presentará este documento junto a la Certificación del Departamento de Salud para completar solicitud en la Oficina de Servicio al Cliente de Luma Energy, correspondiente a la residencia del usuario del equipo.

\_\_\_\_\_  
Firma Director Local o su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)