



Cómo Solicitar

- Ingrese su información de la cuenta.
- Escriba el ingreso total mensual de su hogar.
- Ingrese la información de ingresos.

4. Comprobantes de ingresos mensuales **MID no aceptara estados de cuenta bancarios, como prueba de ingresos. Si hay adultos en la solicitud sin comprobante de ingresos, porfavor adjunte una explicacion.**

5. Firme y feche la solicitud. Devuelva la solicitud y comprobante de ingresos a **MID MLS, P.O. Box 4060, Modesto CA. 95352-4060 o envíe un correo electronico a MIDCares@mid.org. Las solicitudes incompletas no seran procesadas.** Los documentos enviados a MID **no** seran devueltos.

1. Información de la Cuenta

Nombre (como aparece en la factura de MID)	Numero de Cuenta De MID #		
Domicilio de Servicio	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio de correspondencia (Si es diferente al de servicio)	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		

2. Información del Hogar y Verificación de Ingresos

Numero de personas que viven en su hogar tiempo completo: **Adultos _____ + Menores (menores de 18 años) _____ = _____ Total**

MID no acepta estados de cuenta bancarios como prueba de ingresos. Si necesita una copia de su carta de beneficios del seguro social, por favor contacte la oficina del seguro social en español al siguiente número de teléfono; **1-800-772-1213**. Documentos no seran devueltos. Los ingresos que debe incluir son los salarios de todos los miembros del hogar, derivados de cualquier fuente (sujeto o no a impuestos) o **no** limitado a:

Salarios \$ _____	TANF (AFDC) \$ _____	Pension alimenticia marital \$ _____
Ingresos de Interés \$ _____	Pension alimenticia hijos \$ _____	Ingresos por alquiler o regalías \$ _____
Seguro Social \$ _____	Pagos por Incapacidad \$ _____	Compensación Lega \$ _____
SSI, SSP, SSDI \$ _____	Compensación de empleo \$ _____	Becas / Asistencias \$ _____
Pensiones \$ _____	Beneficios del Desempleo \$ _____	Efectivo \$ _____
	Ingresos por trabajo propio (Se requiere IRS Form Schedule C) \$ _____	
	Otros Ingresos (explique): _____ \$ _____	

Total de ingresos mensuales del Hogar (En Bruto): \$ _____

Los ingresos mensuales del hogar deben ser \$8,356 o menos para calificar. Efectivo 03/01/2024

3. Documentación Requerida

Por favor verifique que la siguiente información este completa y adjunta:

- Comprobantes de ingresos mensuales del hogar Certificación de médico completa

4. Declaración y Firma

La información en esta solicitud y los documentos necesarios se utilizaran para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Toda la información es confidencial y no se compartirá con agencias fuera de MID.

Es la responsabilidad del cliente de contactar a MID si sus ingresos aumentan por encima de los límites actuales, y MID se reserva el derecho de solicitar la certificación adicional en cualquier momento mientras que el cliente de MID este en el programa. Cualquier distorsión de la información, no revelar todos los ingresos o falta de documentación adicional, incluyendo los registros de impuestos, según lo solicitado por MID, puede resultar en la descalificación del programa CARES de MID. MID cobrará al cliente el valor del descuento de MID CARES recibidas indebidamente en conformidad con el Reglamento de Servicio Eléctrico MID. Si soy elegible para el programa de CARES de MID doy permiso a que el descuento apropiado se aplique a la dirección escrita inicialmente, que se realice el cambio correspondiente en mi tarifa y doy consentimiento para que verifiquen mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información es verdadera y correcta.

X

Firma De Solicitante
(Persona cuyo nombre aparece en la cuenta de MID)

Fecha



Por favor asegúrese que su médico complete la segunda página (atrás) antes de enviar a MID.

For Physician Use Only

Page 2: To be completed by a Doctor of Medicine or Osteopath,
licensed to practice in the State of California

1. Patient Information

Patient Name	Patient Date of Birth	Relationship to Customer
--------------	-----------------------	--------------------------

2. Life Support Device *(Electrically Powered)*

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	IPPB
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Oxygen Concentrator
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Electric Wheelchair
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	In-Home Dialysis Cycler
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other Equipment (description): _____

Devices used for therapy rather than life support do not qualify. Equipment must be plugged in and not battery operated.

3. Special Electric Heating and Cooling Needs

Medical discount is available for special heating and/or cooling needs if the patient is:

Paraplegic Quadriplegic Hemiplegic Multiple Sclerosis Scleroderma

Heating or cooling is medically necessary to sustain the person's life or prevent deterioration of the person's medical condition:

Yes No **Special Cooling Needs** (description): _____

Yes No **Special Cooling Needs** (description): _____

4. Physician Certification *(MD or DO)*

Diagnosis / Medical Condition

I certify that the life support device(s) and/or additional heating or cooling will be required for a minimum of 12 months.

Duration of medical condition:

Permanent (Check One)

Yes No *Permanent: not expected to change for an indefinite time; not temporary.

Does interruption in power cause a potentially life-threatening medical condition? Yes No

Physician's Name	Phone Number		
Office Address	City	State	Zip Code
California Medical License Number	Fax Number		
Physician Signature X	Date		

MID Use Only

Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ES Staff	Date	Reason for Disqualification: <input type="checkbox"/> Equipment does not qualify <input type="checkbox"/> Heating/Cooling needs do not qualify <input type="checkbox"/> Income does not qualify <input type="checkbox"/> Application incomplete
Recertification Required: <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Every 3 Years	ES Supervisor	Date	

Modesto Irrigation District