



SOLICITUD DE REGISTRO DE PERSONA ELECTRODEPENDIENTE CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



DATOS DE LA PERSONA ELECTRODEPENDIENTE

Nombre completo (nombres, apellidos):		
RUT:	Fono (s):	
Fecha Certificado (día/mes/año) ____ / ____ / ____	Correo Electrónico:	
Domicilio particular de hospitalización domiciliaria	N° Cliente:	Empresa eléctrica:
	Calle, N°:	Comuna:
Relación con el domicilio: propietario, arrendatario, otro (especificar)		
forma de medir consumo de equipos usados a rebajar: (marque con un círculo la opción deseada)	Rebaja 50KW mensual – Rebaja valor nominal – Medidor adicional	

DATOS DEL TUTOR (*)

Tutor es quien representa a la persona electrodependiente y/o está a cargo de su cuidado (puede ser el mismo paciente).

Nombre completo (nombres, apellidos):	
RUT:	
Fecha presentación solicitud: ____ / ____ / ____	
Medio de contacto:	Fono (s):
	Correo Electrónico:
<p>(*) Debe indicar medio de contacto para informar cinco días antes de los cortes programados. <i>Los datos especificados son requeridos para facilitar los contactos del cliente ante necesidades específicas de la Distribuidora y/o la Superintendencia de Electricidad y Combustibles, y no serán utilizados para usos ajenos a la condición de paciente electrodependiente.</i></p>	

El firmante declara bajo juramento que el paciente que presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electrodependiente identificado en este documento reside permanentemente en el domicilio indicado y que los datos aportados son verdaderos.