

Por medio de la presente solicito que (tildar opción solicitada):

- **Opción A**
 - Se me otorgue condición de cliente electrodependiente porque **necesito contar con un suministro estable y permanente** al requerir equipamiento médico/infraestructura especial por una enfermedad diagnosticada por un médico.

Nota: El Servicio Médico de EDES constatará la presencia del aparato/equipo médico declarado en la solicitud, constatará la presencia del electrodependiente en el domicilio del suministro, verificará concordancia entre la enfermedad declarada en el certificado y el aparato médico utilizado, y evaluará la fehaciente necesidad de un suministro eléctrico continuo poniendo en consideración si un corte esporádico del suministro de energía eléctrica implica riesgo de vida.

- **Opción B**
 - Se me otorgue condición de cliente electrodependiente porque **tengo consumos extraordinarios de energía eléctrica** al requerir equipamiento médico/infraestructura especial por una enfermedad diagnosticada por un médico.

Nota 1: Es caso de escoger esta opción se debe adjuntar a la presente solicitud documentación que respalde una condición socio-económica que le impida afrontar los consecuentes costos de facturación del servicio de distribución de energía eléctrica, por ej.: certificado emitido por Servicios Sociales del municipio (DDJJ).

Nota 2: Artículo 14 (125/14). "Tarifa Eléctrica de Interés Social" Ley N° 14.560. Requisitos especiales de procedencia. En el tratamiento por las distribuidoras de las solicitudes formuladas por los usuarios de la "Tarifa Eléctrica de Interés Social" introducida por la ley N° 14.560, resultan requisitos de procedencia para su otorgamiento que el suministro eléctrico presente consumos extraordinarios de energía eléctrica en función de la necesidad de funcionamiento del equipamiento y/o infraestructura especial por enfermedad diagnosticada **y** que el requirente revista una condición socio-económica que le impida afrontar los consecuentes costos de facturación del servicio de distribución de energía eléctrica. En esta tipología especial de "Tarifa Eléctrica de Interés Social" no regirá el límite de 150 kw/h mensuales previsto por el artículo 1º de la ley N° 12.698.

- **Opción C**
 - Se me otorgue condición de cliente electrodependiente considerando ambas opciones (opción A y opción B).

Por medio del presente declaro que:

- El certificado médico (*) que adjunto al presente formulario de Solicitud de Electrodependencia fue expedido por un profesional médico matriculado, el mismo indica la patología existente y acredita la situación de electrodependencia.
- (*) Nota: al momento de presentar la solicitud el certificado deberá tener una antigüedad No mayor a 30 días, se requiere que el mismo especifique el **grado de electrodependencia** del paciente.
- Todos los datos vertidos en la hoja 2 del presente formulario (datos requeridos) son fidedignos y están actualizados a la fecha de presentación de la presente solicitud.

Por medio del presente tomo conocimiento que:

- El servicio Médico de EDES lo contactará para coordinar visita dentro de los 2 días corridos contados a partir de la presentación de la solicitud de electrodependencia, facultad que tiene la distribuidora conforme a lo expresado en el artículo 4º de la resolución 125/14 de la Secretaría de Servicios Públicos.
- Ante la presente solicitud de condición de electrodependencia, en caso que el cuerpo médico de EDES SA resuelva favorablemente usted será responsable de:
 - Notificar cualquier cambio en los datos de contacto que afecte al Electrodependiente, dado que el Suministro (Nis) es el que goza de este beneficio,
Los datos serán: Nis, Domicilio, Teléfono fijo y móvil, Mail, Otros.
 - Notificar cualquier cambio en el estado del paciente electrodependiente.
- De no informar cambios en la condición de electrodependencia el servicio Médico de EDES podría contactarse **periódicamente** para interiorizarse del estado del paciente y coordinar visita si lo considera necesario.

Por medio del presente otorgo consentimiento para que:

- El servicio médico de EDES ingrese al domicilio del suministro declarado en la presente solicitud, comprometiéndome a colaborar con la presentación de la eventual documentación complementaria que el mismo solicite.

Firma		Aclaración		DNI :	
				Fecha:	

Datos Requeridos (completar con letra imprenta)

Nombre y apellido Titular del suministro

Número de Identificación del Suministro (NIS) **D.N.I. / C.I. / L.E. o LC.**

Domicilio del suministro

Localidad

Calle

Alt. Nº **Torre** **Piso** **Dpto (Nº/Letra)**

OBSERVACIONES

Teléfono Fijo (código área + número)

Teléfono Móvil (código área + número)

Teléfono Móvil Alternativo (código área + número)

e-mail

Nombre y apellido Electrodependiente

D.N.I. / C.I. / L.E. o LC.

Enfermedad de Base

Aparatos Médicos Utilizados

Si solicito las opciones "A" o "C" completar lo siguiente: Tiempo Máximo Tolerable sin suministro eléctrico, según recomendación médica (Estimado en Horas.)

Tratamiento Médico Observado

Nombre y Apellido de Familiar de Contacto

D.N.I. / C.I. / L.E. o LC.

Teléfono Fijo (código área + número)

Teléfono Móvil (código área + número)

e-mail

Firma	<hr/>	Aclaración	<hr/>	DNI :	<hr/>
				Fecha:	<hr/>