



# CIUDAD DE MILPITAS

FORMULARIO DEL SERVICIO DE AGUA 998-A

## CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA	
El titular de la cuenta residencial debe completar la sección a continuación	
NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TITULAR DE LA CUENTA	CORREO ELECTRÓNICO DEL TITULAR DE LA CUENTA
DIRECCIÓN DE SERVICIO	PERSONA QUE RECIBE ATENCIÓN PRIMARIA
FECHA DE LA FACTURA POR LA QUE SE SOLICITA ACUERDO DE PAGO	MONTO DE LA FACTURA POR LA QUE SE SOLICITA ACUERDO DE PAGO

### CERTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA:

*Al firmar a continuación, yo, el titular de la cuenta, certifico bajo pena de perjurio que la persona mencionada anteriormente que está recibiendo atención médica vive en la dirección de servicio indicada más arriba.*

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	
El proveedor de atención primaria debe completar la sección a continuación	
NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA
NOMBRE DE LA CLÍNICA	DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CLÍNICA	IDENTIFICADOR DE PROVEEDOR NACIONAL

### CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA:

*Al firmar a continuación, yo, el proveedor de atención primaria, certifico bajo pena de perjurio que la persona mencionada anteriormente está recibiendo atención primaria y que la suspensión del servicio de agua a esta persona presentaría una amenaza grave para su salud o seguridad.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención primaria

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA		
Date	Received By	Complete