



DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

PHYSICIAN'S CERTIFICATION FOR COOLING BENEFIT

NJDCA PROCESSES APPLICATIONS FOR COOLING ASSISTANCE TO INCOME ELIGIBLE HOUSEHOLDS FOR WHICH THERE IS MEDICAL EVIDENCE THAT THE HEALTH OF AT LEAST ONE HOUSEHOLD MEMBER WILL BE SERIOUSLY ENDANGERED UNLESS THE HOUSEHOLD'S LIVING QUARTERS ARE COOLED.

Physician – Please complete and return this form to your patient. Please sign and provide medical office stamp or attach business card.

Head of Household/Applicant's Name									
Last four digits Head of Household/Applicant's SSN									
Address									
City			State			Zip Code			
Telephone				Email					
Patient's Name									
Last four digits of Patient's SSN									
Medical Diagnosis									
Name of Physician									
Address									
City			State			Zip Code			
Telephone				Email					

Physician's Signature: _____ Date: _____

Vea al dorso para español



DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO PARA BENEFICIO DEL AIRE ACONDICIONADO

NJDCA PROCESA APLICACIONES PARA HOGARES ELEGIBLES CON UN BENEFICIO PARA LA ELECTRICIDAD DEL AIRE ACONDICIONADO SI EXISTE EVIDENCIA MÉDICA QUE HAY AL MENOS UN MIEMBRO DEL HOGAR EN NECESIDAD DEL AIRE ACONDICIONADO POR UNA CONDICIÓN MÉDICA.

Médico – Por favor de completar y devolver este formulario a su paciente. Por favor firme y provea el sello médico o tarjeta de la empresa.

Cabeza de familia/Nombre del solicitante					
Últimos cuatro dígitos del seguro social Cabeza de familia/solicitante					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número telefónico				Correo electrónico	
Nombre del paciente					
Últimos cuatro dígitos del seguro social del paciente					
Diagnóstico médico					
Nombre del médico					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número telefónico				Correo electrónico	

Firma del médico: _____ Fecha: _____

See reverse side for English