



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: Would the patient's medical diagnosis benefit from having air conditioning?						
Name of Physician						
Address						
City				State		Zip Code
Telephone			Email			

Physician's Signature: _____ Date: _____

LIC # _____

NPI # _____

DEA# _____

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: ¿El diagnostico médico del paciente se beneficiaría al tener acondicionado de aire?									
Nombre del médico									
Dirección									
Ciudad			Estado			Código Postal			
Número telefónico				Correo electrónico					

Firma del médico: _____ Fecha: _____

LIC # _____ NPI # _____ DEA# _____