

NOTICE D'UTILISATION

1 Ce formulaire est composé d'une liasse de 5 feuillets autocopiants. Écrivez lisiblement sur le feuillet 1.

2 Dans le cadre *LE DEMANDEUR* situé sous le titre, indiquez s'il s'agit du patient lui-même ou d'un représentant légal.

La première rubrique du formulaire, en grisé, est destinée aux services administratifs et n'est pas à remplir.

Dans la rubrique *LE PATIENT* après les coordonnées du patient, indiquez celles de l'association présentant la demande si c'est le cas.

Dans la rubrique *L'ABONNÉ*, indiquez avec précision ses coordonnées si elles sont différentes de celles du patient.

Dans la rubrique *LA DEMANDE*, reportez votre nom, et signez dans la rubrique *LA SIGNATURE*.

3 Détachez et conservez le feuillet 5.

4 Envoyez à l'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (A.R.S.) de votre département, dont l'adresse figure en haut et à gauche du formulaire :

- Les 4 premiers feuillets de la liasse.
- Le certificat médical établi par un médecin.

5 Vous recevrez quelques jours plus tard une notification de décision qui contiendra l'accord ou le refus du Médecin inspecteur de Santé publique.

Si vous obtenez un accord, vous pourrez bénéficier, à partir de la date de prise en compte par le distributeur, d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique.

Cette date figurera dans le courrier que vous adressera, sous huit jours, le responsable du service de distribution d'électricité ayant pris en compte votre demande.

IMPORTANT

Le bénéfice de ce service d'information particulière étant accordé pour une durée d'un an, il vous appartiendra, le cas échéant, de renouveler votre demande en temps opportun auprès de l'A.R.S.