# भोजन और प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा खराब होने के लिए नॉन-स्टॉर्म रेज़ीडेंशियल दावा

यदि आपको Con Edison की स्थानीय वितरण प्रणाली में विफलता की वजह से बिजली की कमी का अनुभव हुआ है, जो 24 घंटे की अवधि के भीतर 12 घंटे से अधिक समय तक रहा हो:

## खराब होने वाले भोजन के वास्तविक नुकसान

- आप इस पर्पतर् को पूरी तरह से भरकर और नीचे आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पर्माण पर्दान करके रेि रजरेशन की कमी केकारण ख़राब हुए भोजन केवास्तविक नुकसान केलिए दावा दायर कर सकते हैं।
- पिर्तपूर्ति सत्यापन केअधीन है और Con Edison की विद्युतदर अनुसूची द्वारा नियंतिर्त होती है।
- $250 तक केजल्दी खराब होने वाले भोजन केनुकसान केदावों केलिए सभी क्षेतर्ों को भरने केसाथ ही नीचे दी गई सूची केअनुसार एक आइटम वाली सूची शामिल होनी चाहिए।
- $250 से अधिक और अधिकतम $540 तक केमूल्य वाले जल्दी खराब होने वाले भोजन केनुकसान केदावों केलिए सभी क्षेतर्ों को भरने केसाथ ही **दोनों** (1) एक आइटम वाली सूची **और** (2) वास्तविक हानि का पर्माण शामिल होना चाहिए, जैसा कि नीचे दिया गया है। अपने वास्तविक नुकसान का पर्माण देने केलिए, आप आइटम की रसीदें, कैशरिजस्टर टेप, क्रेडिटकार्ड रसीदें, रद्द किए गए चेक, साफ-साफ दिखाई देने वाले मूल्य लेबल, वस्तुओं के बार कोड और फेंकेए भोजन की तस्वीरों केसंयोजन का उपयोग कर सकते हैं, जो कि सामूहिक रूप से खराब हो चुकी वस्तुओं की आइटम वाली सूची केलिए वास्तविक मौदिर्क नुकसान को साबित करने केलिए पर्याप्त हैं।

## खराब होने वाली प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा के वास्तविक नुकसान

- आप आवश्यक रेफ्रिजरेशन की कमी के कारण खराब हो चुकी दवाओं के वास्तविक नुकसान के लिए भी दावा दायर कर सकते हैं। भोजन खराब होने पर मिलने वाले अधिकतम $540 के भुगतान में प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा के लिए वास्तविक नुकसान का भुगतान शामिल नहीं है। ***कृपया अपने सबमिशन के साथ अपना सामाजिक सुरक्षा नंबर शामिल न करें।***
- प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा के नुकसान की प्रतिपूर्ति के लिए, आपको सभी क्षेत्रों को भरने के साथ ही (1) नीचे दी गई एक आइटम वाली सूची **और** (2) वास्तविक नुकसान का प्रमाण दोनों शामिल करना होगा। नुकसान के प्रमाण में दवा की पहचान वाली आसानी से पढ़ी जा सकने वाली फार्मेसी रसीद, ग्राहक द्वारा भुगतान की गई राशि, खरीद की तारीख और आपूर्ति के दिन शामिल होने चाहिए। यदि आपकी प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा आंशिक रूप से उपभोग करने के बाद रेफ्रिजरेशन की कमी के कारण खराब हो जाती है, तो कृपया अपने दावे में केवल प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा के अप्रयुक्त हिस्से की लागत शामिल करें। उदाहरण के लिए, यदि आपने रेफ्रिजरेटेड दवा की 30-दिन की आपूर्ति के लिए $300 का भुगतान किया है, और आपकी निर्धारित आपूर्ति में 5 दिन शेष हैं, तो आपका दावा $50 का होना चाहिए। (हम प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा के नुकसान की पुष्टि करने के लिए Con Edison को सक्षम करने के लिए प्राधिकरण का अनुरोध भी कर सकते हैं।)
- बिजली जाने के 30 दिनों के भीतर दावा दायर किया जाना चाहिए।
- प्रतिपूर्ति भोजन और दवा तक सीमित है और Con Edison की विद्युत दर अनुसूची द्वारा नियंत्रित होती है।
- विद्युत दर अनुसूची के तहत मोटरों, उपकरणों या घरेलू उपकरणों को हुए नुकसान की प्रतिपूर्ति नहीं की जाती है।

**तूफान या हमारे नियंत्रण से परे अन्य स्थितियों के कारण बिजली की कटौती के परिणामस्वरूप हुए नुकसान की प्रतिपूर्ति के दावों का भुगतान नहीं किया जाएगा।**

# भोजन और प्रिस्क्रिप्शन वाली दवा खराब होने के लिए नॉन-स्टॉर्म रेज़ीडेंशियल दावा

**नाम:** ____________________________________________

*(कृपया साफ - साफ प्रिंट करें)*

**पता:** ______________________________ **अपा.:** ______________

**शहर:** ______________________ **राज्य:** ____________ **ज़िप कोड:** __________

**दिन के समय फ़ोन:** (____) ______-____________ **ईमेल:** ______________________

**Con Edison की आवासीय खाता संख्या:** _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _

*(आपके बिल पर सूचीबद्ध 15 अंकों की संख्या - यदि आपको Con Edison बिल प्राप्त नहीं होता है, तो लागू नहीं होगा)*

**बिजली जाने की तिथि (तिथियां):** **इससे:** ____/____, 20____ **समय:** ________ **इस तक:** ___/____, 20____ **समय:** ________

महीना/दिन/साल 00:00 पूर्वाह्न/अपराह्न महीना/दिन/साल 00:00 पूर्वाह्न/अपराह्न

| | भोजन / दवा का प्रकार | मात्रा | लागत |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

*(यदि आवश्यक हो, तो एक अलग शीट पर जारी रखें)*

**नुकसान की कुल राशि:** $__________.______

**कृपया अपने दावे की समीक्षा और प्रसंस्करण के लिए 30 दिनों का समय दें।**

**कृपया अपने लिए एक प्रति सहेजें और इस प्रपत्र को OutageClaims@coned.com पर ईमेल करें।**

**मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि इस दावा प्रपत्र में प्रदान की गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सटीक है और खराब हो चुकी ऐसी वस्तुओं के मेरे वास्तविक नुकसान को दर्शाती है, जिनका उपभोग नहीं किया गया था।**

______________________________________ ______________

**(हस्ताक्षर - अहस्ताक्षरित दावा प्रपत्र संसाधित नहीं किए जाएंगे)** **(दिनांक)**

**ईमेल आपके दावे को संसाधित करने का सबसे तेज़ तरीका है। कृपया इस प्रपत्र और रसीदों की एक प्रति सहेजें और इस प्रपत्र को OutageClaims@coned.com पर ईमेल करें।**

**प्रपत्र पर हस्ताक्षर करें और यहां पर ईमेल करें:**

OutageClaims@coned.com

**- या-**

(लेकिन दोनों नहीं)

**प्रपत्र पर हस्ताक्षर करें और यहां पर वापस करें:**

**CON EDISON**
**PO BOX 1329**
**BAY SHORE, NY 11706**

**तूफान या हमारे नियंत्रण से परे अन्य स्थितियों के कारण बिजली की कटौती के परिणामस्वरूप हुए नुकसान की प्रतिपूर्ति के दावों का भुगतान नहीं किया जाएगा।**