CIUDAD de HAGERSTOWN – DEPARTMENTO de LUZ
Aplicacion de Servicios Residencia
Número de Teléfono: 301-790-4160 Número de Fax: 301-739-4028

Llenar por completo el formulario en inglés por favor.
Cuando se haya completo necesitamos ver su tarjeta de seguro social y licencia de manejar u otra forma de identificación aceptable.

APLICANTE/S
1. _____ _____ _____ _____
Su nombre completo
2. _____ _____
Número de seguro social Número de licencia de manejar
1. _____ _____ _____ _____
Su nombre completo
2. _____ _____
Número de seguro social Número de licencia de manejar
(DEPOSITO NO SE APLICA SI TIENE PRUEBA VALIDA DE LA EDAD DE 60 AÑOS O MÁS.)

FECHA DE INICIO DEL SERVICIO_____
(Se requiere al menos dos días de aviso previo de anticipación.)

DIRECCIÓN de SERVICIOS ☐ rentar
Trasladarse a: _____ ☐ dueño
Número de calle, calle, número de apartamento
Si alquila: Nombre de propietario: _____ Número de teléfono:_____

DIRECCIÓN ANTERIOR
Pasar de: _____
Número de calle, calle, número de apartamento, ciudad, estado, código postal
¿Por cuanto tiempo vivió en esta residencia? _____ ☐ rentar ☐ dueño ☐ vive con los padres
¿Estaba en su nombre la cuenta? ☐ sí ☐ no
En caso afirmativo, el nombre de utilidad. _____
DIRECCIÓN ANTERIOR: _____
Número de calle, calle, número de apartamento, ciudad, estado, código postal
¿Cuándo vivió allí? _____ ☐ rentar ☐ dueño ☐ vive con los padres

OTRA PERSONAS EN RESIDENCIA
Hay otras personas mayor de 18 años que viven en esta dirección:
_____
_____

FACTURA

☐ Mandar factura de luz a la dirección
☐ Mandar factura de luz a la otra dirección diferente

EMPLEO

Empleador de aplicante: _____

Dirección: _____

Fecha de empleo: _____ Teléfono de empleador: _____

Empleador de aplicante: _____

Dirección: _____

Fecha de empleo: _____ Teléfono de empleador:_____

FIRMA

1. Entiendo que se requiere un deposito de seguridad, carta de crédito o una copia del contrato de alquilar puede ser requerido para el comienzo de servicio.

2. Entiendo que la factura de luz tiene que estar pagada 20 días dentro de la fecha de la factura.

3. Entiendo que el servicio está subordinado basado en 30 días en cual el servicio puede ser interrumpido si se encuentra información incompleta o un error.

4. Entiendo si hay falla de pago y es necesario que la cuenta sea referida a una agencia de cobro, yo soy responsable por derechos, honorarios de la agencia, costos de corte y interes.

5. Entiendo que hay cargo de conexión y será aplicado a mi primera factura.

6. La información en esta aplicación es verdadera y completa.

_____ _____

Firma de aplicante Fecha Número de telefono

_____ _____

Firma de aplicante Fecha Número de telefono

Sólo el uso de la oficina:

Formulario efectuado por: _____

Fecha del comienzo de servicios: _____