



CITY OF SANFORD
Aplicación Para El Servicio De Agua
PO Box 2847 Sanford, FL 32772-2847 (407) 688-5100 Fax (407) 688-5114

APELLIDO (Letra de borde)	NOMBRE	INICIAL
----------------------------------	---------------	----------------

NOMBRE DE SOLTERO (a)	Email
------------------------------	--------------

DIRECCION – Address	FECHA DE RECONEXION – TURN ON
----------------------------	--------------------------------------

DIRECCION (Mailing/ Billing Address)	ESTADO - State	CODIGO POSTAL- Zip
---	-----------------------	---------------------------

NUMERO DE TELEFONO (Casa)	OTRO TELEFONO (CELL)
----------------------------------	-----------------------------

Residencia de Una Unidad _____ Residencia de más de Una Unidad _____

NUMERO LICENCIA DE CONDUCIR -DL	ESTADO
--	---------------

NOMBRE DEL TRABAJO – EMPLOYER	TEL #
--------------------------------------	--------------

DUENO DE LA PROPIEDAD -OWNER	TEL #
-------------------------------------	--------------

Solicito el servicio público de la Ciudad de Sanford en la dirección que figura arriba. Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas de la Ciudad para el servicio público y para pagar los cargos vigentes en el momento de la entrega. Para transferir mi depósito a otro, el nuevo solicitante debe proporcionar una identificación adecuada y los cargos pendientes deben pagarse en el momento.

Al transferir mi depósito a otra dirección de servicio, debo pagar todos los cargos pendientes. También soy responsable de asegurarme de que todos los grifos estén apagados en el hogar antes de que se establezcan los servicios. La Ciudad no es responsable por los daños causados por los grifos de agua o las salidas dejadas.

(_____) Solicito a la Ciudad de Sanford que ejecute mi informe de crédito con respecto al establecimiento del servicio público. **

** Al optar por que la Ciudad de Sanford ejecute su informe de crédito, autoriza a la Ciudad a obtener un informe modelo a través de Transunion. Esto se considera una pregunta "difícil". Aparecerá en su informe de crédito por un mínimo de dos (2) años. Esta consulta puede o no afectar su puntaje de crédito.

FIRMA	FECHA
--------------	--------------

OFFICE USE ONLY

Pay Deposit		Waive Deposit	
App Fee – Non Refundable	\$35.00	Customer #	
Other Fee's		Location #	
Total Amount		RC Location #	
		Last Reading	