

SISTEMA DE AGUA SAN ANTONIO

Programa de Aviso de Cortesía

La aceptación en el Programa de Aviso de Cortesía no garantiza el servicio continuo de agua. Solo suspende la desconexión del servicio de agua por una necesidad médica por 24 horas para que se puedan hacer los pagos y / o arreglos de pago. Si tiene preguntas sobre el Programa de Aviso de Cortesía, llame al 233-CARE (2273).

PARA COMPLETARSE POR EL CLIENTE COMERCIAL DE SAWS

Nombre de la cuenta: _____

Número de cuenta de SAWS: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de oficina: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor describa el tipo de necesidad médica para la ubicación anterior, para la cual es necesario un servicio continuo de agua:

Indique el tipo de instalación en esta ubicación: _____

Indique las horas de operación en esta instalación. _____

¿Es necesario el servicio continuo de agua para este tipo de instalación? _____ sí _____ no

En caso afirmativo, explique el tipo de equipo utilizado en esta ubicación:

En caso afirmativo, cual es el período de tiempo estimado cuando la condición medica justificaría la eliminación de este programa:

Si ninguno de los anteriores se aplica, describa por qué el agua es médicamente necesaria para esta ubicación:

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica pertinente para la calificación como cliente médico en el Programa de Aviso de Cortesía de San Antonio Water System. Al firmar a continuación, reconozco la exactitud y la veracidad de la información proporcionada. También autorizo a un representante de San Antonio Water System a contactar a los mencionados anteriormente para verificar cualquier información provista en esta solicitud.

Nombre del personal autorizado: _____

Firma del personal autorizado: _____ **Fecha:** _____