

APLICACIÓN DE SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE ENERGÍA DE LA CIUDAD DE ACWORTH

Envíe el formulario completado por correo electrónico a "customerservice@acworth.org".

Las solicitudes también se pueden tomar por teléfono al 770-917-8903 entre las 8:00 y las 5:00 de lunes a viernes, excepto días festivos.

CICLO DE FACTURACIÓN BILLING CYCLE:

NÚMERO DE CUENTA ACCOUNT#	TIPO DE CLIENTE TYPE CUSTOMER	TIPO DE ORDEN ORDER TYPE	FECHA DE SERVICIO SERVICE DATE	FECHA RECIBIDA DATE TAKEN	CSR
DIRECCION DE SERVICIO (CALLE, #, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL) SERVICE ADDRESS					
DIRECCIÓN DE ENVÍO MAILING ADDRESS					
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) EMAIL ADDRESS				FACTURA ELECTRÓNICA E-BILL	
APPELLIDO, PRIMERO LAST NAME, FIRST NAME	# SEGURO SOCIAL/ ID FED SOCIAL SECURITY # / FED ID	FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	NÚMERO DE TELÉFONO HOME OR CELL PHONE #		
SOLICITADO POR REQUESTED BY	CASA PROPIA O RENTADA* BUY/RENT*	REQUISITOS DE EQUIPO MEDICO MEDICAL EQUIP. REQUIREMENTS			
NOMBRE DE EMPLEADOR / NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO EMPLOYER NAME / WORK PHONE NUMBER					
ESTADO CIVIL MARITAL STATUS	NOMBRE DEL CONYUGE / NUMERO DEL TELEFONO / USUARIO AUTHORIZADO / #SEGURO SOCIAL SPOUSE NAME / PHONE# / AUTHORIZED USERS / SOCIAL SECURITY NUMBER				
DUEÑO/A ?* DO YOU OWN*	DE LO CONTRARIO, NOMBRE DEL PROPIETARIO Y NÚMERO DE TELÉFONO IF NOT, OWNERS NAME & PHONE #				
PAGOS ELECTRONICOS ELECTRONIC PAYMENTS	NUMERO DE PIN PIN NUMBER	CLIENTE DE ACWORTH PREVIO PREVIOUS ACWORTH CUSTOMER*			
*CONTACTO DE EMERGENCIA: RELACION MAS CERCANA NO VIVIENDO CON USTED / RELACIÓN / NÚMERO DE TELÉFONO *EMERGENCY CONTACT: CLOSEST RELATIVE NOT LIVING WITH YOU / RELATIONSHIP / PHONE #					
SI ES NEGOCIO, LISTEA NOMBRE DE UN OFICIAL Y # DE SEGURO SOCIAL IF BUSINESS, LIST ONE OFFICER'S NAME AND SOCIAL SECURITY #					

SOLO PARA USO EN LA OFICINA FOR OFFICE USE ONLY:

DEPÓSITO ELÉCTRICO:

ELECTRICAL DEPOSIT: _____

DEPÓSITO DE BASURA:

GARBAGE DEPOSIT: _____

DEPÓSITO TOTAL ADEUDADO:

TOTAL DEPOSIT DUE: _____

TARIFA DE SOLICITUD:

APPLICATION FEE: _____

TARIFA DE VERIFICACIÓN DE CRÉDITO:

CREDIT CHECK FEE: _____

TARIFA DEL MISMO DÍA:

SAME DAY FEE: _____

TARIFA DE TRANSFERENCIA:

TRANSFER FEE: _____

FIRMA: _____

SI LA SOLICITUD SE REALIZA EN PERSONA

ADDITIONAL INFORMATION NEEDED FOR FILE:

CART NUMBER: _____ WORK ORDER NUMBER FOR CART: _____

PICK UP DAYS: _____