



COASTSIDE COUNTY WATER DISTRICT

766 Main St. ♦ Half Moon Bay, CA 94019

Phone (650) 726-4405

Email ♦ customerservice@coastsidewater.org

Website ♦ www.coastsidewater.org

APLICACIÓN DEL PLAN DE PAGO

Toda la información debe completarse: por favor imprimir claramente

Nombre en La Cuenta: _____

Dirección De Envío: _____

Dirección Del Servicio (Si Es Diferente): _____

Número De Cuenta: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Número De Seguro Social: _____

Teléfono _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Yo reconozco que estoy en deuda con el Distrito de Agua del Condado de Coastsidewater (Distrito) por una cantidad de \$ _____ que está atrasada. Solicito que se me permita pagar la deuda en _____ meses. Si se concede esta solicitud, acepto:

1. Para pagar la cantidad de la deuda en _____ cuotas iguales de \$ _____ antes del 25 de cada mes.
2. Para pagar los cargos actuales y los cargos de agua futuros cuando se vencen (se aplicarán cargos por atraso si las facturas actuales no se pagan por la fecha de vencimiento del estado de cuenta).
3. Este plan de pago, si está permitido, no excederá de doce (12) meses. La extensión solo puede ser otorgada por el Gerente General.
4. **Si no paga la cantidad de la deuda en los puntos #1 y #2 anteriores, el agua a la dirección de servicio anterior arriba se cancelará sujeto a la Política De Terminación Del Servicio De Agua Residencial que es listado en nuestro sitio www.coastsidewater.org.**
5. El plan de pago actual debe pagarse en su totalidad antes de futuros acuerdos de planes de pago con el Distrito.
6. Para notificar al Distrito si la terminación del servicio podría poner en peligro su vida. Usted debe incluir una información o certificación por escrito, en apoyo de su solicitud que debe ser firmada por un médico o cirujano con licencia que explique las circunstancias.

_____/_____
Firma Del Cliente

Fecha

For District Use (para uso del distrito) :

The above request is: Granted: _____ Denied: _____

COASTSIDE COUNTY WATER DISTRICT

By: _____

Date: _____

Title: _____

For District Use:

Customer on Auto Pay Yes or No (circle one)

Notes: _____

PROGRAMA DE PLAN DE PAGO

Fecha De Pago: Cantidad (\$): Fecha Pagada:

Fecha De Pago: Cantidad (\$): Fecha Pagada:
