



Courtesy Notice Benefit

El programa de Aviso de Cortesía de SAWS ofrece a los clientes residenciales con una necesidad médica un aviso previo antes de la interrupción del servicio debido a la falta de pago. Este programa está diseñado para permitir que los clientes se comuniquen con SAWS para que se puedan realizar pagos y / o arreglos de pago satisfactorios para evitar la interrupción del servicio. Ser aceptado para el de Aviso de Cortesía no le garantiza un servicio de agua continuo.

Si tiene preguntas sobre el beneficio de Aviso de Cortesía, llame al (210) 233-CARE (2273).

PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR DE LA CUENTA COMERCIAL DE SAWS

Nombre de la cuenta: _____

Número de cuenta de SAWS: _____

Dirección: _____ **Ciudad, Estado, y Código postal:** _____

Teléfono de la oficina: _____ **Correo electrónico:** _____

Describe el tipo de necesidad médica en esta ubicación para la cual es necesario un servicio de agua continuo:

Tipo de instalación en esta ubicación: _____

Horas de operación: _____

¿Es necesario un servicio de agua continuo para este tipo de instalaciones? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, describa el tipo de equipo que se utiliza en esta ubicación: _____

En caso afirmativo, indique cuanto tiempo se estima que la instalación necesitara estar inscrita en el programa: _____

Si no se aplica nada de lo anterior, describa por qué el agua es médicamente necesaria para esta ubicación:

I hereby authorize the release of any medical information pertinent for qualification as a medical customer into the San Antonio Water System Courtesy Notice Benefit. By signing below, I acknowledge the accuracy and truth of the information provided. I also authorize a representative of the San Antonio Water System to contact the above named to verify any information provided on this application.

Name of Authorized Personnel: _____

Signature of Authorized Personnel: _____ **Date:** _____