



CIUDAD DE HARRISONBURG  
APLICACIÓN PARA SERVICIOS DE UTILIDADES  
2155 Beery RD  
Harrisonburg VA 22801  
540-434-9959  
540-434-9769 fax

**\*\*FOR OFFICE USE ONLY\*\***

DEPOSIT PAID \_\_\_\_ CK# \_\_\_\_ CASH  
LANDLORD Y OR N

Residentes que requieren agua, drenaje y servicios de basura pueden completar esta aplicación en línea y enviarla a [City of Harrisonburg/Public Utilities](http://City of Harrisonburg/Public Utilities) a la dirección mencionada arriba o la siguiente dirección electrónica [Waterservice@harrisonburgva.gov](mailto:Waterservice@harrisonburgva.gov). Todas las aplicaciones deben ser presentadas junto con una carta de crédito o depósito de seguridad, el cual se aplicará a su cuenta después de recibir (12) doce pagos consecutivos y a tiempo, o se reembolsará al cerrar la cuenta (nos reservamos el derecho de aplicar el depósito como pago final o como sea necesario). La ciudad de Harrisonburg no paga intereses en depósitos. Para preguntas o detalles visite [www.harrisonburgva.gov](http://www.harrisonburgva.gov).

Los servicios públicos de la ciudad de Harrisonburg lleva a cabo negocios de acuerdo con la ordenanza de la ciudad (título 7 capítulo 1-5).

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LÍNEA

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA SU INFORMACIÓN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMERO SEGUNDO

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

USTED ES: DUEÑO INQUILINO GERENTE DE PROPIEDAD FECHA DE COMENSAR SERVICIO:

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_  
(SI DIFERENTE)

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENSIA O I.D.: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SU CUENTA: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_

**OPCIÓN PARA PAGOS EN LÍNEA/INTERNET Y GIRO DE PAGO AUTOMÁTICOS:**

FACTURAS ELECTRÓNICAS:

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

GIRO DE PAGOS AUTOMÁTICOS:

CONTRASEÑA: \_\_\_\_\_ (4 - 8 números y o letras)

CHEQUES AHORROS

NOTA: LA CANSELACIÓN DE ACH REQUIERE 10 DÍAS DE ANTICIPACIÓN

NÚMERO DE RUTA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: \_\_\_\_\_

*Comprendo que soy responsable de los costos de colección y legales asociados con la indagación de cualquier cuenta morosa. Reconozco además que al proporcionar mi nueva dirección en el momento que finalizo mi cuenta puede evitar los costos anteriores.*

*Por la presente doy mi consentimiento a la jurisdicción de los tribunales del Condado de Rockingham sobre cualquier acción presentada que me agiere para la recolección de mi cuenta. Al firmar este documento, acepta y reconoce que con la firma entra en contrato vinculado por la Ordenanza de la Ciudad Título 7 Capítulos 1-5 y están obligados a pago mensuales.*

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_