



Formulario para Gastos de Servicios Públicos del Programa CARES del Condado de Orange

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS POR SERVICIOS PÚBLICOS

Instrucciones:

El Condado de Orange necesitará comunicarse con la compañía de servicios públicos para la cual está solicitando la asistencia de CARES para pagar. Por favor complete la información requerida a continuación.

INFORMACIÓN SOBRE COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Nombre de la compañía: _____

Dirección postal o de facturación: _____

Nombre de contacto/Título: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico (*Si está disponible*): _____

Sitio web de la compañía (*si aplica*): _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Su nombre: _____ Nombre en la factura: _____

Número de cuenta (si aplica) _____ Monto adeudado: _____

Fecha de vencimiento de factura: _____ ¿Solicitó una extensión de la fecha de pago?

Sí No

Si responde "Sí," ¿cuál es la fecha de vencimiento de la extensión de pago? _____

Dirección de facturación: _____

Su número de teléfono: _____ Su correo electrónico: _____

Al firmar a continuación, autorizo al programa de Asistencia de Crisis / CARES del Condado de Orange a comunicarse con la compañía de servicios públicos para obtener información relacionada con mi pago y el monto adeudado.

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____