



Golden State Water Company

Solicitud de ajuste de la asignación de Agua de Bay Point

I. Número de Cuenta o Domicilio de Servicio: _____
 Nombre: _____ Correo electrónico: _____
 Número de teléfono de día: _____ Número de teléfono de noche: _____
 Domicilio para Correo: *(si es diferente al domicilio de servicio):* _____

II. Cuenta Residencial-Marque la caja que aplique:

Ila: Numero de personas actualmente viviendo ahí tiempo completo: ____ Residencia de familia singular
 Numero de personas viviendo en el hogar tiempo complete durante 2005: ____ 2006: ____ 2007: ____

Ilb: Medico: Indique su condición medica y como el agua adicional será usada para este tratamiento:
(Favor de someter verificación medica con este formulario)

Ilc: Otro – Favor de describir *(Puede requerir una auditoria de eficiencia de uso de agua)*

III. Cuenta No-Residencial- Marque la caja que aplique:

IIIa: Dificultad innecesaria o indebida, incluyendo pero no limitada impacto económico adverso tal como
 perdida de producción, perdida de trabajos, etc. Favor de proveer explicación.: *(Puede requerir una
 auditoria de eficiencia de uso de agua)*

IIIb: Condición de emergencia afectando la salud, sanidad, seguridad del cliente o publico. Favor de
 proveer explicación:

Atención: La aprobación de la solicitud de asignación de ajuste no constituye una liberación de la observación de la conservación de agua en su hogar. Las penalizaciones pueden ser efectuadas si usted excede su asignación de agua.

Favor de Mandarlo a:
 Customer Service Center
 Golden State Water Co.
 PO Box 9016
 San Dimas, CA 91773-9016

Yo he completado esta solicitud y afirmo que soy el cliente nombrado arriba y la información contenida aquí, incluyendo documentos adjuntos, es completa y correcta. También entiendo que todas varianzas son sujetas a cambio y yo puedo ser responsable por cargos retrasados por proveer información falsa.

IV. Nombre (en letra de molde) : _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

GSWC Office use only					
Approved/Denied		CSA Supervisor		Application Recd	
Allocation Increase (ccf per month)		Signature		Applicaton Fwd.	

Customer Notified		Signature Date		Application Retd from CSA	
-------------------	--	----------------	--	------------------------------	--

***Favor de permitir 30 días para procesar*

rev. 072009