



City of Davenport

Gateway to the Ridge

1 South Allapaha Avenue • Davenport, FL 33837 • (863) 419-3300 • Fax (863) 419-3302

utilityservices@mydavenport.org

Aplicación de Utilidades

Yo, _____, solicito servicios públicos de la ciudad de Davenport en:
Nombre del titular de la cuenta

_____ y esto de acuerdo pagar todos los depósitos, y
Dirección (Nombre y número de la calle

cargos en la cuenta.

Esta dirección se utilizará como: residencia negocio y so el: el dueño rentero

¿Qué fecha desea comenzar los servicios?: _____

Prueba de residencia es necesario (i.e. contrato de arrendamiento, recibo de renta, contrato, etc.)

Información del titular de la cuenta:

Dirección de Envío (si es diferente de la dirección de servicio) _____
Número y nombre de calle, ciudad, estado, y código postal

Licencia de Manejar#: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Número de teléfono celular#: _____

Nombre del co-solicitante: _____ Teléfono celular #: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Correo electrónico: _____

¿Desea recibir su factura por correo electrónico? Si No

¿Alguna vez has tenido una cuenta con la Ciudad antes? Si No

En caso afirmativo, cuál era la dirección: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono celular #: _____

Para la seguridad de nuestro personal, por favor asegure a todas las mascotas.

Las facturas de servicios públicos se deben el primer (1st) del mes, con una tarifa por retraso del 1.5% o (min \$5) se aplicará si se recibe después del 1st. La falta de pagar para el 10th resulta en la desconexión de servicio y el servicio no podrá ser reincorporado hasta que se pague el total de la cuenta. Si el servicio está desconectado, se aplica una tarifa de reincorporación de \$70.00.

Entiendo que el incumplimiento del pago de mi factura de servicios puede resultar a nuevas colecciones que incluyen la presentación a una agencia de cobro y informes de agencias de crédito.

Firma: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY:

Deposit Amount: _____ Total Fees: _____ Account #: _____ Start Date: _____

Received by: _____ Bins: On-Site Ordered W/O Application Scanned