



SOLICITUD DE VARIANZA PARA RECIBIR UNA ASIGNACIÓN MAYOR DE AGUA RESIDENCIAL

Nombre: _____ Cuenta #: _____

Dirección de servicio: _____

Este formulario es para solicitar una asignación mayor al volumen estándar que EMWD ha establecido para su tipo de hogar. Si basado en los criterios enumerados a continuación Usted considera que necesita de una asignación mayor, deberá llenar y devolver este formulario. El uso eficiente del agua ayuda a EMWD a mantener bajas las tarifas del agua porque reduce las compras de agua cara proveniente de fuera de la localidad. Se pueden aprobar varianzas por cualquiera de los siguientes motivos y éstos están sujetos a revisión periódica por parte de EMWD.

Solicito una mayor asignación de agua por las siguientes razones:

- 1. Residentes por Hogar**
Número total en el hogar: _____
- 2. Centro Autorizado para el Cuidado de Ancianos o Niños (en una unidad residencial)**
Número total de personas: _____ Presente una copia de la licencia del centro.
- 3. Necesidades Médicas**
Incluya documentación médica que pueda ser verificada.
- 4. Áreas Verdes con Irrigación**
Superficie total de áreas verdes en pies cuadrados _____ Presente planos o un bosquejo de las áreas verdes. Favor de utilizar hoja tamaño carta. (8.5" x 11")
- 5. Area nueva de paisaje (elegible para un aumento de 25% en el presupuesto designado para período de establecimiento de 6-meses).**
Area de paisaje nueva en pies cuadrados _____ (presente dibujos de el paisaje en papel medida 8.5"X11").
Fecha en que se planto _____.
- 6. Albercas (llenadas una vez cada cinco años)**
(Galones _____) ó (Longitud _____ Ancho _____ Profundidad Promedio _____)
- 7. Animales Grandes (que pesen más de 100 libras cada uno)**
Número de animales: _____
- 8. Otras Situaciones**
Puede haber otras situaciones en las que pueda ser adecuado aumentar la asignación de agua de modo temporal o permanente. Si usted cree que este es su caso, por favor proporcione los detalles en las líneas a continuación y adjunte cualquier documentación que tenga. *Nuestro departamento de atención al cliente se pondrá en contacto con usted para hablar de su solicitud dentro de los siguientes 30 días hábiles*

En la mayoría de los casos las varianzas serán aplicadas comenzando con su próxima factura. He llenado este formulario y afirmo ser el titular de la cuenta antes mencionada y que la información en este formulario y en los documentos adjuntos está completa y es correcta. También entiendo que las varianzas están sujetas a cambios y que yo pudiera tener que hacer pagos retroactivos por haber dado información falsa.

Por favor devolver a:
Attn: Customer Service Dept.
EASTERN MUNICIPAL WATER DISTRICT
2270 Trumble Road
P.O. Box 8300
Perris, CA 92572-8300
Fax #: 951-928-6177
Correo electrónico: variance@emwd.org

Correo electrónico

Núm. de teléfono durante el día (8 – 5 p.m.)

Firma

Fecha

District Use Only

Tracking # _____ Account # _____ Date logged _____