



FORMULARIO DE VARIANZA

Nombre: _____ Número de cuenta: _____

Dirección de servicio: _____

Este formulario es para solicitar una asignación diferente de la cantidad normal que EMWD usa para su tipo de vivienda. Si usted cree que necesita una asignación modificada con base en los criterios enumerados debajo, debe llenar este formulario y devolverlo. El sistema de facturación por asignación está diseñado para ser una herramienta que le ayude a identificar problemas como fugas o irrigación excesiva. El uso eficiente del agua ayuda al EMWD a mantener bajas las tarifas de agua al reducir la compra de agua cara de fuera del área local. Las varianzas pueden ser aprobadas por cualquiera de las razones siguientes y están sujetas a que EMWD las revise periódicamente. ¡IMPORTANTE! No se puede aprobar algunas varianzas debido a la situación actual de sequía EMWD. Para más información, por favor visite www.emwd.org/wscp.

Solicito una asignación modificada de agua por las siguientes razones:

- 1. Residentes por hogar** (por favor llene el reverso con una lista de nombres y edades)

Número total en le hogar: _____

Cambios temporales en el hogar (es decir, huéspedes por un periodo largo de tiempo; NOTA: Se necesita un aviso de 30 días antes de la fecha de inicio de la solicitud temporal)

Número de personas adicionales: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de fin: _____

- 2. Centro con licencia de cuidado de ancianos o de niños** (en una unidad residencial; presente una copia de la licencia del centro)

Número total de personas: _____

- 3. Necesidades médicas** - Complete el formulario de desviación médica

- 4. Área verde irrigada**

Superficie total de áreas verdes irrigadas en pies cuadrados _____

- 5. Animales grandes** (que pesan más de 100 libras cada uno): Número de animales: _____.

- 6. Otras circunstancias:** Por favor llene el reverso.

Puede haber circunstancias en las que sea adecuado aumentar la asignación de manera temporal o permanente. Si cree que así es en este caso, por favor proporcione los detalles en el reverso y adjunte cualquier documentación que tenga. Nuestro Departamento de Servicio al Cliente se comunicará con usted con respecto a su solicitud dentro de los 30 días hábiles. Por favor sepa que se le puede pedir más documentación.

En la mayoría de los casos, si es aprobada, la varianza será aplicada a partir de su siguiente factura.

He llenado este formulario y afirmo que soy el titular de esta cuenta y que la información en este formulario, incluyendo los adjuntos, es completa y exacta. También entiendo que todas las varianzas están sujetas a cambios y que puedo ser responsable de pagos retroactivos si doy información falsa.

Firma _____ Fecha _____

Por favor vea el reverso

Por favor devuélvala a:

Attn: Customer Service Dept.
EASTERN MUNICIPAL WATER DISTRICT
2270 Trumble Road
P.O. Box 8300
Perris, CA 92572-8300

Form #: 30902-I-0075SP
Rev: 2/2017

District Use Only:	Date Logged: _____
Tracking#: _____	Account#: _____

Fax: 951-928-6145

Correo electrónico: variance@emwd.org

Dirección de correo electrónico

Número de telefono

durante el día de 8:00 a.m. a 5 p.m

Residentes por hogar

Por favor enumere todos los nombres y edades de cada persona en el hogar.

Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____

Otras circunstancias: _____
