



Konocti County Water District
15844 35th Ave Clearlake, CA 95422
Phone: (707)994-2561 Fax:(707)994-1107

Solicitud de Servicio de Agua

SECCION A COMPLETAR POR EL CLIENTE(S)/SOLICITANTE(S)

Nombre del Cliente: _____

Numero de Telefono Principal: _____

Correo Electronico: _____

Direccion Postal: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Numero de Telefono.: _____

Por favor, compruebe un metodo
de contacto preferido:

Telefono ☐

Correo Electronico ☐

Correo Postal ☐

Se pretende que esta propiedad este ocupada por el propietario ☐ , o por el inquilino ☐ , (Proporcionar al cliente un Formulario de Acuerdo de Transferencia, si la propiedad esta destinada a ser ocupada por el inquilino) Entiendo que, como propietario de la propiedad antes mencionada, soy responsable del servicio de agua y acepto pagar todos los cargos y tarifas aplicables que mi inquilino y/o cualquier otra persona(s) viva en la propiedad mencionada anteriormente.

RECONOCIMIENTO/ACUERDO A SER COMPLETADO POR EL (LOS)CLIENTE(S)/SOLICITANTE(S)

El abajo firmante solicita al Distrito de Agua del Condado de Konocti que la conexcion del servicio de agua se suministre a la direccion indicada anteriormente, y promete pagar al Distrito de Agus del Condado de Konocti de acuerdo con el programa de tarifas y tarifas del servicio de agua segun lo odenado por la Junta Directiva del Distrito, y cumplir con las reglas y regulaciones del Distrito vigentes en la relacion con la compra y venta de dicho servicio de agua. El abajo firmante reconoce el derecho del Distrito a acceder a las instalaciones del cliente para leer el medidor, realizar inspecciones periodicas relacionadas con dichos servicios y dar servicio al equipo del Distrito, de acuerdo con las ordenanzas del Distrito. La entrega del sericio se realizara en el limite de la propiedad.

Solicitantes

Nombre Legal: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Del Cosolicitante

Nombre Legal: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Copias de Ordenanzas, Resoluciones, Politicas, Listas de Tarifas, Tarifas Facturables y cualquier formulario de distrito no mencionado estan disponibles a pedido. .

SOLO PARA USO EN OFICINA

Nombre(s) en la cuenta: _____ Fecha: _____

Direccion del Servicio: _____ Fecha Efectiva del Cambio de Titularidad: _____

A/P #: _____ Numero de Cuenta: _____

Nombre del Dueno Anterior: _____

Se requiere ☐ o no se requiere ☐ un dispositivo de prevencion de reflujo para la propiedad. Copia del Titulo ☐ Copia de su Identificaion ☐

SECCIÓN DE TARIFAS PAGADAS POR CONEXIONES EXISTENTES Y/O NUEVAS A LOS SERVICIOS DEL DISTRITO

Cambio de Nombre \$20.00

Tarifa de Reconexion \$120.00

Tarifa de Transferencia \$100.00

Total Pagado\$ _____ Fecha de Pago: _____

*Todos los montos cobrados son segun lo ordenado por la Junta Directiva del Distrito y estan de acuerdo con el Programa de Tarifas y Tarifas actual del Distrito.