

**SOLICITUD DE INCAPACIDAD DE PAGO PARA  
PROTECCIÓN DE CIERRE DE SERVICIO BÁSICO**

Llene completamente, por favor escriba

**Efectiva el 15 de octubre hasta el 15 de abril**

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono \_\_\_\_\_

Importe debido \_\_\_\_\_

Total ingreso anual \_\_\_\_\_

No. personas en casa \_\_\_\_\_

Por favor proporcione el nombre de la agencia a la que se ha proporcionado LA prueba de ingresos:

**Si la prueba de ingreso está incompleta, no  
estará protegido ante una desconexión.**

Esto es una declaración de mi incapacidad para pagar por calor durante los meses de tiempo frío.

Autorizo a la compañía eléctrica que me sirve para intercambiar la información de facturación. Reconozco que he recibido, leído y entendido el aviso adjunto de derechos y responsabilidades residenciales. Testifico que la información anterior es verdadera y correcta.

**Para ser protegido de la desconexión, me  
contactaré con WH para hacer un arreglo de  
pago dentro de 10(diez) días de la fecha de este  
aviso.**

Los arreglos de pago deberán mantenerse para ser protegido de desconexión.

Firma del miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_