



**Customer Substitute Payment Form
Fill Out Form Completely**

Last Name: _____ First Name: _____
Utility Name: _____ Account #: _____
Amount Paid: _____ Date Paid: _____
*Cellphone Number: _____ *E-Mail Address: _____
Address: _____

Customer Certifies that the Account number provided on this form is correct.
This form should be retained by the Trustee for a minimum of 90 days.

*Optional
8/10



**Formulario Substituto de Pago
Llene Esta Forma Completamente**

Apellido: _____ Nombre: _____
Compania: _____ Numero de Cuenta #: _____
Cantidad pagada: _____ Fecha de pago: _____
*Telefono celular #: _____ *Correo electronico: _____
Direccion: _____

El cliente certifica que el numero de cuenta indicado en este formulario es correcto.
Esta formi debe ser retenida por el aente por un minimo de 90 dias.

*Opcional
8/10