



**Por favor llene el formulario y envíelo por FAX a:  
Austin Energy al (512) 505-4028  
Si tiene preguntas, por favor llame al (512) 494-9400**



## Formulario de Autorización de Información del Cliente

**PROPÓSITO:** Este Formulario de Autorización de Información del Cliente le permite al titular de una cuenta del servicio público de la Ciudad de Austin (“Titular de la Cuenta”), delegar ciertos derechos a una parte autorizada (“Parte Autorizada”) correspondientes a servicios del Titular de la Cuenta, incluyendo la autorización para recibir información confidencial del cliente. Este formulario se debe llenar completamente y debe ser firmado por el Titular de la Cuenta o por alguien que tenga la autoridad legal para compeler al Titular de la Cuenta.

**AUTORIZACIÓN:** Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre en letra de molde*), declaro que soy el Titular de la Cuenta de servicios públicos de la Ciudad de Austin (“Ciudad”) y por la presente solicito y autorizo a la Ciudad para divulgar información de mi cuenta de cliente de servicio público a:

Parte Autorizada: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de Email: \_\_\_\_\_

El alcance del acceso a la información de mi cuenta se autoriza como sigue:  
(*El Titular de la Cuenta debe escribir sus iniciales al lado de Restringido o No Restringido*)

\_\_\_\_\_ No Restringido: La Parte Autorizada puede efectuar cualquier transacción y recibir cualquier información correspondiente a mi cuenta de servicio público.

\_\_\_\_\_ Restringido: La Parte Autorizada puede hacer lo siguiente: (*marque todos los aplicables*)

- Recibir información de saldo
- Recibir historial de pagos
- Recibir historial de facturación e información de uso
- Establecer convenios de pago
- Establecer facturación uniforme
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por:  
(*Titular de la Cuenta debe escribir sus iniciales*)

\_\_\_\_\_ Una única vez: Se concede acceso a la Parte Autorizada una vez.

\_\_\_\_\_ Por un período de un año: Se concede acceso a la Parte Autorizada durante doce meses a partir de la fecha de ejecución de este formulario.

\_\_\_\_\_ Una fecha específica: Se concede acceso a la Parte Autorizada hasta \_\_\_\_\_ (fecha).

\_\_\_\_\_ El cierre de la cuenta: Se concede acceso a la Parte Autorizada hasta que se cierre la cuenta de servicio público.

**\* Si no se especifica un período de tiempo, la autorización estará limitada a una sola vez**

Solicito que la Ciudad provea información a la Parte Autorizada en el formato marcado más abajo, pero comprendo que la Ciudad proveerá la información en el formato que considere más apropiado.  
(Marque todos los aplicables)

- Impreso vía US Mail (si es aplicable) \_\_\_\_\_
- Facsímil al número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico a la dirección email: \_\_\_\_\_
- Telefónico al: \_\_\_\_\_

Comprendo que esta Autorización no obliga a la Ciudad a liberar información, y la Ciudad se reserva el derecho de verificar toda solicitud de autorización que haya sido entregada, antes de divulgar información o de tomar cualquier acción.

Mediante la presente libero, eximo de responsabilidad e indemnizo a la Ciudad por cualquier responsabilidad, reclamo, demanda y curso de acción, daños o gastos que resulten de:

- 1) toda divulgación de información conforme a esta Autorización;
- 2) el uso no autorizado de esta información por la Parte Autorizada; y
- 3) toda acción llevada a cabo por la Parte Autorizada conforme a esta Autorización.

**Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Ciudad.**

**Reconozco que estoy firmando esta Autorización por mi propia voluntad y no bajo coacción.**

**Certifico que el partido autorizado no se beneficia de servicios públicos en la dirección de servicio puesta en una lista.**

Firma del Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_

Identificación del Titular de la Cuenta: Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de la Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Impuestos \_\_\_\_\_

Otro Número de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección del Servicio de Utilidad Pública: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta en el Servicio de Utilidad Pública: \_\_\_\_\_

Número Telefónico Diurno del Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_