



Servicios Financieros  
División de Atención al Consumidor  
825 W. Irving Blvd.  
Irving, TX 75060  
Ph (972) 721-2411 Fax (972) 721-3733  
e-mail: [customer-service@cityofirving.org](mailto:customer-service@cityofirving.org)  
[www.cityofirving.org](http://www.cityofirving.org)

# FORMULARIO PARA CAMBIAR

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

## Información Actual de la Cuenta:

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido

Domicilio con Servicio: \_\_\_\_\_

No. Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

## Cambie la Siguiete Información en la Cuenta Mencionada Arriba:

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido

Domicilio con Servicio: \_\_\_\_\_

No. Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número teléfono donde se le puede ubicar: \_\_\_\_\_

- Razón de Cambios:
- Divorcio – Una copia del Decreto de Divorcio (Orden de la Corte)
  - Matrimonio – Copia del Acta de Matrimonio
  - Fallecimiento – Certificado de Defunción
  - Cambio Legal de Nombre – Copia del Decreto (Orden de la Corte)
  - Nueva Administración en la Compañía
  - Otra Razón - \_\_\_\_\_

La persona que firma este formulario debe ser la misma que aparece nombrada en la línea de 'Nombre del Cliente'. Esta persona es responsable del pago de esta cuenta.

Firma: \_\_\_\_\_

Título (Si es una cuenta comercial): \_\_\_\_\_