



**Sírvase enviar el formulario llenado por FAX a:
Austin Energy al (512) 505-4028
Si tiene preguntas, llame al (512) 494-9400**



Formulario de Autorización de Divulgación de Información del Cliente

OBJETO: Este Formulario de Autorización de Divulgación de Información del Cliente le permite a los titulares de cuentas de servicios públicos de la Ciudad de Austin (“Titulares de Cuenta”) delegar ciertos derechos a una parte autorizada (“Parte Autorizada”) referentes al servicio/los servicios del titular de cuenta, incluyendo autorización para recibir información confidencial de la cuenta del cliente. Este formulario debe llenarse por completo y debe firmarlo el Titular de Cuenta o alguien que tenga la autoridad legal de obligar legalmente al Titular de Cuenta.

AUTORIZACIÓN: Yo, _____ (*nombre en letras de imprenta*), declaro que soy el Titular de Cuenta de servicios públicos de la Ciudad de Austin (“Ciudad”) y solicito y autorizo por el presente documento que la ciudad divulgue la información de mi cuenta de cliente a:

Parte Autorizada: _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____ Número de Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

El alcance del acceso a la información de mi cuenta se autoriza como sigue:
(*El Titular de Cuenta debe poner sus iniciales al lado de Restringido o Sin Restricción*)

_____ Acceso Limitado La Parte Autorizada puede hacer lo siguiente: (*Verificar todo lo que aplique*)

- Uso e Información Financiera Únicamente
- Uso y Acceso Financiero
- Acceso a Instalaciones / Administración de Propiedad
- Gerente de Cuenta

Otro: _____

_____ Acceso Completo La Parte Autorizada puede llevar a cabo cualquier transacción y recibir cualquier tipo de información referente a la cuenta de mis servicios públicos.

Esta autorización es válida para:
(*El Titular de Cuenta debe poner sus iniciales*)

- _____ Una sola vez - se otorga acceso a la Parte Autorizada una sola vez.
- _____ Un periodo de un año - se otorga acceso a la Parte Autorizada por doce meses a partir de la fecha de ejecución de este formulario.
- _____ Fecha específica - se otorga acceso a la Parte Autorizada hasta el (fecha).
- _____ Cierre de Cuenta - se otorga acceso a la Parte Autorizada hasta que se cierre la cuenta de servicios públicos.

*** Si no se especifica un periodo de tiempo, la autorización se limitará a ser una autorización para una sola vez.**

Solicito que la Ciudad le provea información a la Parte Autorizada en el formato marcado a continuación, pero entiendo que la Ciudad proporcionará la información en el formato que considere más apropiado.
(Verificar todo lo que aplique)

Copia en papel vía el correo de EE.UU. (si aplica) _____

Facsímile a número de teléfono: _____

Correo electrónico a dirección de correo electrónico: _____

Acceso de Atención al Cliente por Internet: _____

Llamar por teléfono al: _____

Entiendo que esta Autorización no requiere que la Ciudad divulgue información, y la Ciudad retiene el derecho de verificar cualquier solicitud de autorización que se presente antes de divulgar la información o emprender cualquier tipo de acción.

Por medio del presente documento, exonero e indemnizo a la Ciudad de cualquier responsabilidad legal, reclamo, demanda y causa de acción legal, daño o gasto que resulte de:

- 1) divulgar información de conformidad con esta Autorización;
- 2) el uso no autorizado de esta información por la Parte Autorizada; y
- 3) cualquier acción llevada a cabo por la Parte Autorizada de conformidad con esta Autorización.

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento notificándoselo a la Ciudad por escrito. Reconozco que estoy firmando esta Autorización voluntariamente y sin coacción de ningún tipo. Certifico que la parte autorizada no se beneficia de los servicios públicos en la dirección de servicio indicada.

Firma del Titular de Cuenta _____ Fecha: _____

Nombre del Titular de Cuenta en Letras de Imprenta _____

Identificación del Titular de Cuenta:

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Número de la Licencia de Manejar _____

Número de Identificación de Contribuyente _____

Otro Número de Identificación _____

Dirección de los servicios públicos: _____

Número de Cuenta de Servicios Públicos: _____

Número de Teléfono Donde Se Puede Encontrar al Titular de Cuenta Durante el Día: _____