

# APS SAFETY NET APPLICATION



## ACCOUNT HOLDER INFORMATION

\*Indicates required information; please enter your information below.

\*Account Holder Name (same as your bill)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Account Number

Find your account number on your APS bill. Or, you can call (602) 371-7171 (you'll need the phone # or SSN# associated with account).

\*Phone Number

\*Email Address

### Ways to apply:

1. Complete this application and email it to **6023717171@aps.com**
2. Or, complete this application. Print and mail it to:  
APS  
PO BOX 53933  
Phoenix, AZ 85072-9207

## SAFETY NET PARTNER INFORMATION

\*My Safety Net Partner Name

\*Mailing Address

\*City

\*State

\*Zip

\*Email Address

\*Phone Number

Cell

Home

My Safety Net partner's APS bill language preference (please check one box):

English

Spanish

I authorize APS to send my Safety Net partner specified in this agreement, for the account number above, a copy of my monthly energy bill, notification of pending termination of service, and to communicate with APS on behalf of the customer for the purpose of making payment arrangements if the account becomes past due to prevent termination of the customer's electric service. See RI4-2-201(51)(Third Parties) at [azcc.gov/arizona-power-plant/laws-and-rules](http://azcc.gov/arizona-power-plant/laws-and-rules). I understand I must complete a separate Safety Net partner authorization agreement for each APS electric service account, if applicable. This authorization agreement shall remain in effect until I close this APS account or cancel this authorization in writing or by phone. This form cannot be used to make other changes to the electric account. By signing this application, I am waiving my right to confidentiality regarding my customer information, account information, personally identifiable information, and related proprietary information so that my bill information can be shared with the Safety Net partner I have listed in this authorization agreement.

\*Digital Signature of Account Holder

Type your full name into the box.

\*Date

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA *SAFETY NET* DE APS



## INFORMACIÓN DEL TITULAR DE CUENTA

\*Indica información requerida; por favor ingresa tu información a continuación.

\*Nombre del titular de cuenta (como aparece en tu recibo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Número de cuenta

Puedes encontrar tu número de cuenta en tu recibo de APS o llamando al (602) 371-7171. (Necesitarás el número de teléfono o de Seguro Social asociado con la cuenta).

\*No. de teléfono

\*Correo electrónico

### Formas de aplicar:

1. Llena esta solicitud y envíala por correo electrónico a **6023717171@aps.com**
2. También puedes llenar esta solicitud. Imprímela y envíala por correo a:

APS  
PO BOX 53933  
Phoenix, AZ 85072-9207

## INFORMACIÓN DEL COMPAÑERO DE *SAFETY NET*

\*Nombre de mi compañero de *Safety Net*

\*Dirección postal

\*Ciudad

\*Estado

\*C.P.

\*Correo electrónico

\*No. de teléfono

Celular

Casa

Idioma preferido para el recibo de APS de mi compañero de *Safety Net* (marca una casilla): Inglés Español

Autorizo a APS a enviar a mi compañero de *Safety Net* especificado en este acuerdo, para el número de cuenta mencionado arriba, una copia de mi recibo mensual de luz, notificación de terminación de servicio pendiente, y a comunicarse con APS en nombre del cliente con el propósito de hacer planes de pago si la cuenta está vencida para evitar la terminación del servicio eléctrico del cliente. Revisa RI4-2-201(51) (Third Parties) en [azcc.gov/arizona-power-plant/laws-and-rules](http://azcc.gov/arizona-power-plant/laws-and-rules). Entiendo que debo llenar un acuerdo de autorización de compañero de *Safety Net* por separado para cada cuenta de servicio eléctrico de APS, si aplica. Este acuerdo de autorización permanecerá en efecto hasta que yo cierre esta cuenta de APS o cancele esta autorización por escrito o por teléfono. Este formulario no puede utilizarse para realizar otros cambios en la cuenta de electricidad. Ha leído este acuerdo de autorización y entiendo que, al proporcionar mi nombre en la casilla de abajo, renuncio a mi derecho de confidencialidad con respecto a mi información de cliente, información de cuenta, información de identificación personal e información propietaria relacionada para que la información de mis recibos pueda ser compartida con el compañero de *Safety Net* que he indicado en este acuerdo de autorización.

\*Firma digital del titular de cuenta

Ingresar tu nombre completo en la casilla.

\*Fecha