City of White Water & Sewer Application

29 W. ROCKY ST. WHITE, GA 30184
P.O. BOX 116 WHITE, GA 30184
(770) 382-5466
WWW.CityofWhiteGa.com

Name of Applicant: _____

Name of Spouse/Secondary Name: _____

Service Address: _____ _____ _____ _____

Mailing Address if different: _____

Phone #: _____ **Email Address:** _____

Social Security #: _____ **License #:** _____

Employer Name: _____

Employer Phone #: _____

Services Requested: WATER _____ SEWER _____

_____ _____

SIGNATURE **DATE OF APPLICATION**

The Following information is requested by the Federal Government in order to monitor compliance with Federal Laws prohibiting discrimination against applicants seeking to participate in the program. You are not required to furnish this information but are encouraged to do so. This information will not be used in elevating your application or to discriminate against you in any way. However, if you choose not to furnish it, we are required to note the race/national origin of individual applicants based on visual observation or surname.

Ethnicity: Hispanic or Latino___ Not Hispanic or Latino___

Race (mark one or more):

White___ Black/African American___ American Indian/ Alaska Native___ Asian___

Native Hawaiian or other Pacific Islander___

Gender: Male___ Female___

This is an Equal Opportunity Program; Discrimination is prohibited by Federal Law, Complaints of discrimination may be filed with U.S.D.A, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Bldg., 1400 Independence Ave., S.W. Washington, DC 20250-9410.

OFFICE USE ONLY

Account # _____ **Residential** _____ **Business** _____

Amount of Deposit: $ _____ **Cash** _____ **Check#** _____ **C.C.** _____

Solicitud de Servicios de Agua y Alcantarillado de la Ciudad de White

29 W. ROCKY ST. WHITE, GA 30184
P.O. BOX 116 WHITE, GA 30184
(770) 382-5466
WWW.CityofWhiteGa.com

Nombre del Solicitante: _____

Nombre del Cónyuge/Nombre Secundario: _____

Dirección del Servicio: _____ _____ _____ _____

Dirección Postal si es diferente: _____

Teléfono#: _____ **Correo Electrónico:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Licencia:** _____

Nombre del Empleador y Número de Teléfono:

_____

Servicios Solicitados: AGUA _____ Alcantarillado _____

_____ _____

FIRMA **FECHA DE SOLICITUD**

The La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal con el fin de supervisar el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes que desean participar en el programa. No está obligado(a) a proporcionar esta información, pero se le recomienda hacerlo. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminar en su contra de ninguna manera. Sin embargo, si decide no proporcionarla, estamos obligados a anotar la raza u origen nacional de los solicitantes individuales basándonos en la observación visual o en el apellido.

Etnicidad: Hispano o Latino _____ Non-Hispano o Latino _____

Raza (marque una o más):

Blanco(a) ____ Negro(a)/Afroamericano(a) ____ Indio Americano/Nativo de Alaska ____

Asiático(a) ____ Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico ___

Género: Masculino ____ Femenino ____

Este es un Programa de Igualdad de Oportunidades; la discriminación está prohibida por la Ley Federal. Las quejas por discriminación pueden presentarse ante el U.S.D.A., Director, Oficina de Derechos Civiles, Sala 326-W, Edificio Whitten, 1400 Independence Ave., S.W., Washington, DC 20250-9410.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA/OFFICE USE ONLY

Account # _____ **Residential** _____ **Business** _____

Amount of Deposit: $ _____ **Cash** _____ **Check#** _____ **C.C.** _____