



720 East Florence Avenue • Inglewood, CA 90301  
 Phone: (310) 412-6500 • Fax (310) 671-9440  
 www.inglewoodparkcemetery.com



Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Contract # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

## Account Status Enrollment/Change Form

To Inglewood Park Cemetery/Park Lawn Cemetery: I/we hereby request

To be **removed** from the ACH Payment Program. I/we will make monthly payments by some other means (cash, check, money order, credit card).

To **resume** my ACH electronic debit payment on \_\_\_\_\_

That my monthly ACH Payment **amount be increased** to \$ \_\_\_\_\_

That you **change the date** of my payment **from** \_\_\_\_\_ day of the month, **to** the \_\_\_\_\_ day of the month.

I am currently making payments by means of cash, check, money order, credit card

I am currently enrolled in the ACH Payment Program

To **change/update bank account** information from which my ACH (Automatic Debit Payment) is withdrawn. My new Bank Routing & Account are entered below:

To be **enrolled** in the ACH Payment Program. I/we understand that monthly payments will be automatically debited from my bank account number below:

Name(s) on Bank Account \_\_\_\_\_

Name of Bank \_\_\_\_\_ Auto-Debit Start/End Date \_\_\_\_\_

Savings Account                      Checking Account (please attach voided check)

Bank Routing Number \_\_\_\_\_

Account Number \_\_\_\_\_

1. I affirm that the above listed information is correct \_\_\_\_\_ (initials)

*If enrolled in ACH Program:*

2. I understand and authorize my bank to make monthly payments from the above account. Payments will be taken on the \_\_\_\_\_ day of each month. This authorization for ACH will remain in effect until the amount of the contract is paid in full, or until I make a written request to end my enrollment in the ACH Payment program \_\_\_\_\_ (initials)

3. I further understand that I may request a change to my account, only 2 times per calendar year \_\_\_\_\_ (initials)

4. **Lastly, I understand and agree that if for any reason this ACH payment procedure is terminated, the following will apply: 6% interest will be required on my unpaid balance \_\_\_\_\_ (initial) .**

\_\_\_\_\_  
Signature of Bank Account holder

\_\_\_\_\_  
Signature of Bank Account holder

\_\_\_\_\_  
Signature of Cemetery Contract holder (if different)

\_\_\_\_\_  
Signature of Cemetery Contract holder (if different)

You may fill out this form on your computer, but you must print it out and sign and initial it in ink where indicated. Please mail to the address above:

or fax to Business Services Office at (310) 671-9440

**This form must be received by Inglewood Park Cemetery at least five (5) business days prior to your payment date.**



720 East Florence Avenue • Inglewood, CA 90301  
 Phone: (310) 412-6500 • Fax (310) 671-9440  
 www.inglewoodparkcemetery.com



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Contrato # \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Tel. (Casa) \_\_\_\_\_ Tel. (Celular) \_\_\_\_\_

## Suscripción o cambio de estado de cuenta

Por este medio, Pido (pedimos) a Inglewood Park Cemetery/Park Lawn Cemetery que:

**Cancelar** el programa de Pago de Débito Automático "Sin Cheque". Yo(Nosotros) haré (haremos) los pagos mensuales por otro medio (En efectivo, cheque, giro postal, o tarjeta de crédito).

**Reanuden** mi pago de débito electrónico ACH en \_\_\_\_\_

Mis pagos *sean aumentados a* \$ \_\_\_\_\_

**Cambien** la fecha de mi pago del día \_\_\_\_\_ de cada mes, al día \_\_\_\_\_ de cada mes.

Actualmente estoy haciendo pagos en efectivo, cheque, giro postal, tarjeta de crédito

Actualmente estoy inscrito en el programa de pagos automáticos

Cambien la información del banco donde están retirando mis pagos.  
 La nueva información sobre mi cuenta es **Se[?]g[W]F[W]**

Inscribanme (inscribanos) en el programa de débito automático (Sin Cheque).  
 Favor retiren los pagos mensuales automáticamente de la cuenta de banco siguiente:

Nombre(s) en la cuenta de banco: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco \_\_\_\_\_ Fecha de Auto-Débito (Inicia/Termina) \_\_\_\_\_

Cuenta de Ahorro \_\_\_\_\_ Cuenta de Cheque (Favor adjuntar un cheque anulado)

Número de Ruta del Banco

Número de Cuenta

- Yo afirmo que la información mostrada arriba es correcta \_\_\_\_\_ (inicial ~~W~~)  
*Si está inscrito en el programa de pago automático:*
- Entiendo y autorizo a mi banco a realizar pagos mensuales desde la cuenta mencionada arriba. Los pagos se tomarán el día \_\_\_\_\_ de cada mes. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que se pague el monto total del contrato, o hasta que haga una solicitud por escrito para finalizar mi inscripción en el programa de pagos automáticos \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Además, entiendo que puedo solicitar un cambio en mi cuenta, solo 2 veces por año \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Por último, entiendo y acepto que si por alguna razón se da por terminado este procedimiento de pago automático, se aplicará lo siguiente: Se requerirá el 6% de interés sobre el saldo pendiente de mi cuenta. \_\_\_\_\_ (Inicial).**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Titular de la Cuenta de Banco

\_\_\_\_\_  
 Firma del Titular de la Cuenta de Banco

\_\_\_\_\_  
 Firma del Titular del Contrato del Cementerio  
 (Si es diferente)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Titular del Contrato del Cementerio  
 (Si es diferente)

Usted puede llenar esta solicitud en su computadora, pero debe imprimirla, firmarla y poner sus iniciales en tinta donde sea indicado.

Favor enviar por correo a la dirección arriba, o mandar por FAX a **671-9440** Servicios de Cuenta al (310) 671-9440

Esta solicitud deberá ser recibida por Inglewood Park Cemetery por lo menos

cinco (5) días hábiles antes de la fecha del pago automático de débito.