



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 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To **change/update bank account** information from which my ACH (Automatic Debit Payment) is withdrawn.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 my monthly payments of \$ _____ 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. **Lastly, I understand and agree that if for any reason this ACH payment procedure is terminated, one of the following will apply:**

6% _____ interest will be required on my unpaid balance _____ (initial) .

9% _____ 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:

Cancelen 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 _____

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 y g W f W~~

Inscribanme (inscribanos) en el programa de débito automático (Sin Cheque). Favor retiren los pagos mensuales de \$ _____ 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)
- Por último, entiendo y acepto que si por alguna razón se da por terminado este procedimiento de pago automático, se aplicará uno de los siguientes:
 Se requerirá el 6% de interés sobre el saldo pendiente de mi cuenta. _____ (Inicial).
 Se requerirá el 9% 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 ~~6 W S S~~ ~~W f a W~~ 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.