

Action Financial Services, LLC

*dba AFCS, LLC in Connecticut,
Delaware, Iowa, Michigan, Texas & Washington
P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502*

Formulario Para Persona Autorizada

Nombre de Prestatario: _____ Fecha: _____

Numero de Cuenta o Numero de Seguro Social: _____

Yo, autorizo a _____ como alguien con quien Action Financial Services y / o una oficina subcontratada puedan hablar sobre mi cuenta de préstamo estudiantil. Esta autorización permanecerá valida, a menos que sea revocada por mí verbalmente o por escrito, o revocada verbalmente o por escrito por la persona autorizada, mientras mi cuenta permanezca con Action Financial Services o uno de sus subcontratistas.

Entiendo que información importante, como las opciones de pago y los requisitos del programa de pago, se pueden discutir con la persona autorizada y que es mi responsabilidad para comunicarme con la persona autorizada y asegurarme de recibir cualquier información necesaria de manera oportuna. Entiendo que el no hacerlo puede causar problemas con mis pagos, la devolución de los documentos requeridos o la finalización de cualquier programa de pago voluntario en el que participe.

Nombre de Prestatario: _____

Firma de Prestatario: _____

Nombre de Persona Autorizada: _____

Teléfono de Persona Autorizada: _____

Esta comunicación es de un cobrador de deuda. Es un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida será utilizada para ese propósito.