AUTORIZACIÓN PARA OBTENER SU REPORTE DE CRÉDITO

- Favor de completar y firmar la forma.
- Se requiere una copia de una licencia de manejar, identificación, o pasaporte. Su reporte no será adquirido sin identificación.
- El propósito de este reporte de crédito es para educarle/s y aparecerá como una pregunta en su archivo de crédito bajo el nombre de Acclaim Data LLC Services.

PRIMARIO **Favor de usar letra de molde**

Primer Nombre	Inicial de su Segundo Nombre	Apellido	JR/SR

Dirección	# de Apto.	Ciudad	Estado	Zona Postal

Numero de Seguro Social	Fecha De Nacimiento

PARA UN REPORTE CONJUNTO (CASADOS SOLAMENTE) PROVEER LO SIGUIENTE

Primer Nombre	Inicial de su Segundo Nombre	Apellido	JR/SR

Numero de Seguro Social	Fecha De Nacimiento

Al firmar esta forma, reconozco que soy la persona indicada arriba y que la ley federal provee que aquellas personas que obtengan información de crédito bajo falsas pretensiones, deberán ser multadas $5,000 o encarceladas por no más de dos años o las dos cosas. Además, certifico que si estoy recibiendo el reporte de crédito de mi esposo/a, estoy casado/a con cuya persona y recibiéndolo con su consentimiento.

La información suministrada en esta declaración es verdadera y correcta a mí / nuestro mejor conocimiento. Yo / nosotros consiento / consentimos en mantener a ByDesign Financial Solutions, sus empleados, ofíciales, y agentes inocentes de cualquier reclamo, demanda o acción de nosotros o cualquier otra persona, que resulte de la consejería financiera presentada. Además, yo / nosotros consiento / consentimos en mantener a Acclaim Data LLC, Services, sus empleados, ofíciales, y agentes inocentes de cualquier reclamo, demanda, o acción de nosotros o cualquier otra persona, que resulte del reporte de crédito confidencial proporcionado como parte de la conserjería financiera presentada. [ByDesign Financial Solutions no asume responsabilidad por reporte(s) enviados(o) por correo EE.UU.- en acuerdo con petición del consumidor- que no sea(n) entregado(s), solo se hará reemplazo en copia(s) No se hará reembolso de dinero.]

Firma del cliente	*Fecha*	*Numero de Teléfono*
Firma del cliente	*Fecha*	*Numero de Teléfono*

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA SECCION **Cause: __ Analysis __ DMP __ DMP Recounsel**

State	*Identification*	*Expiration Date*	*Employee Name*
State	*Identification*	*Expiration Date*	*Employee Name*

Report Accessed by: _____ Amount: $_____ For: Trans-Union Experian Equifax All

Payment Method: Cashier's Check Money Order Cash Check# _____ With Scores:__

Walk –in_____ Appointment: _____ Client Number _____Branch: _____ Date: _____

Mail to address above: _____ Fax to: _____ Hold:_____
Mail to :_____ (Date Sent:_____) 10/02