



UNIVERSAL WASTE SYSTEMS, INC. of NEW MEXICO

SPECIAL ASSISTANCE PROGRAM
Request Form for Inclusion in SAP due to Physical Condition

Customer Name: _____

Customer Address: _____

Customer Phone Number: _____

Customer Email: _____

Customer DOB: _____

UWS of NM appreciates the opportunity to provide you with curbside solid waste collection services. We understand that, for some customers, moving your polycart to the curb on your collection day might present certain difficulties. We are happy to provide FREE CART ROLL OUT services to qualifying customers.

The SAP Program may be requested on a short-term basis due to physical injury, surgery, or pregnancy, as well as on a long-term basis for our senior, handicapped, or special needs customers.

Please describe how these services will help you:

I declare the above information is true and correct. I understand that this information will be kept in strict confidence.

Customer Signature _____ Date _____

PLEASE EMAIL THE COMPLETED FORM TO service@uwsnm.com OR YOU MAY DROP IT AT THE CITY HALL UTILITY DROP BOX LOCATED AT 309 S. GOLD ST. IN DEMING.



UNIVERSAL WASTE SYSTEMS, INC. de NUEVO MEXICO

*PROGRAMA DE ASISTENCIA ESPECIAL
Formulario de Solicitud de Inclusión en el Programa de Asistencia Especial
Debido a la Condición Física*

Nombre del Cliente: _____

Dirección del Cliente: _____

Número de Teléfono del Cliente: _____

Correo Electrónico del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

UWS de NM aprecia la oportunidad de proporcionarle a usted con servicios de recolección de residuos sólidos en la banqueta.

Nosotros entendemos que, para algunos clientes, mover su carro para la basura a la banqueta en su día de recolección podría presentar ciertas dificultades. Nosotros estamos encantados de proporcionar servicios GRATUITOS DE RODAMIENTO DE CARROS a clientes calificados.

El Programa de Asistencia Especial se puede solicitar a corto plazo debido a lesiones físicas, cirugía o embarazo, así como a largo plazo para nuestros clientes de la tercera edad, discapacitados o con necesidades especiales.

Por favor describa cómo estos servicios le ayudarán:

Yo declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO POR CORREO ELECTRÓNICO A service@uwsnm.com O PUEDE DEJARLO EN EL BUZON DE UTILIDAD EN LA OFICINA DE LA CIUDAD UBICADA EN 309 S. GOLD ST. EN DEMING.