

# Good Shepherd Fund

A SECURED ALLIANCE AFFILIATE

## TO SUBMIT THIS FORM

FAX: 215-358-2291

EMAIL: email@GoodShepherdFund.org

MAIL: 10439 S 51st St. STE 225, Phoenix, AZ 85044

PHONE: 833-403-1198

---

## ESTE FORMULARIO DEBE USARSE PARA PAGAR UNA FACTURA

FECHA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (*letra de molde*): \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario | POA | Administrador o Albacea:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA FACTURA O SERVICIO (*cable, teléfono, médico, etc.*): \_\_\_\_\_

CANTIDAD: \$ \_\_\_\_\_

EL NUMERO DE LA CUENTA: # \_\_\_\_\_

CUENTA PIN (*personal identification number*): # \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LAS EMPRESA O VENDEDOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CORREO DIRECCIÓN (*si es diferente de nombre de vendedor*): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

- **Una copiar del cuento o factura es necesario.**
- **Requisito:** Para las facturas de tarjetas de crédito, incluya el estado de cuenta detallado y los recibos detallados originales.
- Si pagan para servicios, por favor incluya el SSN del proveedor de servicios: \_\_\_\_\_

**ADDITIONAL INFORMATION:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLEASE ALLOW 5-8 BUSINESS DAYS FOR PROCESSING. INCOMPLETE FORMS WILL BE RETURNED.

FORMS ARE AVAILABLE ON OUR WEBSITE IN THE RESOURCE LIBRARY.

**GOODSHEPHERDFUND.ORG**