



Service Request Certification Form

PROPERTY NAME / NOMBRE DE PROPIEDAD: Mountain View Apartments

mountainviewleasing@rpmcompany.com

(951) 653-1175

Please use this form when you have a service request. Once completed, we request that you email, fax or drop in the drop box.

Por favor utilice este formulario cuando tenga una solicitud de servicio. Una vez completado, le pedimos que envíe por correo electrónico, fax o coloque en el buzón de la oficina.

Household Name / Nombre Familiar: \_\_\_\_\_

Address/Apt # / Dirección / # de Apt. \_\_\_\_\_

What is the service request / repair needed? Cuál es la solicitud de servicio / reparación?

Have you or anyone in your household had any known exposure to someone with COVID-19 in the last 30 Days? ¿Usted alguien de su hogar ha tenido alguna exposición conocida a alguien con COVID-19 en los últimos 30 días?

- o YES / SI
o NO

Have you or anyone in your household been tested for COVID-19 or been advised to self-quarantine? ¿Usted o alguien en su hogar ha sido examinado para detectar COVID-19 o se le ha aconsejado que se someta a cuarentena?

- o YES / SI
o NO

If you mark YES: What date were you tested? ¿En qué fecha te hicieron la prueba?

Were your results Positive or Negative? ¿Fueron sus resultados positivos o negativos?

Does anyone in your household have any CONTAGIOUS HEALTH CONCERNS we should know about before we enter your apartment?

¿Alguien en su hogar tiene PROBLEMAS DE SALUD CONTAGIOSOS que deberíamos saber antes de ingresar a su apartamento?

- o YES
o NO

Have you or anyone in your household traveled in the last 30 days outside of the State?

¿Ha viajado usted o alguien en su hogar en los últimos 30 días fuera del condado de Estado?

- o YES
o NO

Adult Resident-Print / Residente Adulta-Imprimir

Signature / Firma

Date / Fecha

Accepted by:

Management Agent - Print

Signature

Date