North Carolina Child Support Enforcement Program
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

FAVOR DE USAR TINTA NEGRA O AZUL. INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA RESULTARÁ EN ATRASOS EN EL PROCESO DE ESTA SOLICITUD. EL DEPÓSITO DIRECTO SE HARÁ EFECTIVO EN 3 Ó 4 SEMANAS.

NOMBRE _____ _____, _____ _____
(APELLIDO 1) (APELLIDO 2) (NOMBRE) (INICIAL)

NUMERO SEGURO SOCIAL _____ Número MPI _____

TEL. HOGAR _____ TEL. TRABAJO _____

1. MARQUE UNO: ____SOLICITUD DEPÓSITO DIRECTO, ____CAMBIO, ____ CANCELACIÓN

2. SI ESTA ES UNA CANCELACIÓN, NO ES NECESARIO SU NÚMERO DE CUENTA. **CONTINÚE EN EL #5**

3. TIPO DE CUENTA (MARQUE UNA): _____ CHEQUES _____AHORROS

4. FAVOR DE PEGAR UN CHEQUE NULO EN EL SIGUIENTE CUADRO Y **FIRME ESTE DOCUMENTO** ABAJO.
SI NO TIENE CHEQUES, PERMITA QUE SU BANCO LLENE LOS SIGUIENTES ESPACIOS:

NOMBRE DEL BANCO (BANK) _____ TEL. _____

DIRECCIÓN DEL BANCO (ADDRESS)_____

NÚMERO DE RUTA (ROUTING #) _____

NÚMERO DE CUENTA (ACCOUNT #) _____

BANK REPRESENTATIVE'S NAME (PRINTED) _____

BANK REPRESENTATIVE'S SIGNATURE _____ Date _____

5. Autorización y firma: Favor de leer, firmar y fechar este documento. No envíe otra correspondencia con este formulario.

Por la presente autorizo al Programa de Sustento de Menores de Carolina del Norte a depositar mis pagos de sustento a la cuenta bancaria arriba indicada. El Programa de Sustento continuará enviando los pagos a esta cuenta bancaria hasta que yo solicite la cancelación del depósito directo y el Programa complete dicha cancelación. Autorizo al Programa de Sustento a realizar ajustes a mi cuenta si algún pago es enviado erróneamente. Yo entiendo que hasta que el depósito directo comience, mis pagos serán enviados por cheque o a la tarjeta de débito NCKidsCard.

SU FIRMA _____ **FECHA:** _____

Una vez llenado y firmado, envíe este formulario a:
NCCSE – EFT
PO Box 19807
Raleigh, North Carolina 27619

Si tiene preguntas, favor de llamar al 1-800-992-9457.

Advertencia: Mientras trabajamos su solicitud, los pagos irán por cheque o NCKIDSCard.

For Office Use Only: Date of Receipt_____