North Carolina Child Support Enforcement Program
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

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

Hasta que esta solicitud sea procesada, sus pagos serán enviados a la tarjeta de débito o por cheque.

NOMBRE: _____ _____ _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ NÚMERO MPI _____

DIRECCIÓN: _____ TEL. HOGAR (____) _____
(CALLE/APARTADO POSTAL)

_____ TEL. TRABAJO (____) _____
(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

1. **MARQUE EL TIPO DE SOLICITUD ABAJO**:

____ SOLICITUD/CAMBIO DE DEPÓSITO DIRECTO – MARQUE EL TIPO DE CUENTA Y PROVEA DOCUMENTACIÓN.

____ CUENTA DE CHEQUES- FAVOR DE PEGAR UN CHEQUE PREIMPRESO ANULADO A ESTA FORMA (NO CHEQUES INICIALES); O HAGA QUE EL BANCO COMPLETE LA INFORMACIÓN EN EL NÚMERO 2 ABAJO**. LEA Y FIRME EN LA NÚMERO 3 ABAJO.**

____ CUENTA DE AHORROS – EL BANCO DEBE DE COMPLETAR LA NÚMERO 2 ABAJO. **LEA Y FIRME EN LA NÚMERO 3 ABAJO.**

____ CANCELE EL DEPÓSITO DIRECTO. **LEA Y FIRME EN LA NÚMERO 3 ABAJO.**

2. **INFORMACIÓN BANCARIA** EL BANCO DEBE DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN PARA SU CUENTA DE AHORROS O SI USTED NO TIENE CHEQUES PREIMPRESOS.

NOMBRE DEL BANCO (BANK) _____ TEL. _____

DIRECCION DEL BANCO (ADDRESS) _____

NÚMERO DE RUTA (ROUTING #) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

NÚMERO DE CUENTA (ACCOUNT #) _____

BANK REPRESENTATIVE'S NAME (PRINTED) _____

BANK REPRESENTATIVE'S SIGNATURE _____ Date ___/____/ _____

3. **AUTORIZACIÓN Y FIRMA**. FAVOR DE LEER, FIRMAR Y FECHAR ESTE DOCUMENTO. NO ENVIE 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 continuara 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 ponerse en contacto con la institución financiera y hacer entradas de debito y ajustes a mi cuenta si algún pago es enviado erróneamente. Yo entiendo que hasta que el depósito directo comience, mis pagos serán enviados por tarjeta de debito o cheque.

FIRMA: _____ **FECHA**: _____/_____/_____

Una vez llenado y firmado, envíe este formulario a:
NCCSE –EFT
PO BOX 19807
Raleigh, North Carolina 27619
Si tiene pregunta o cambio de dirección, favor de llamar al 1-800-992-9457.