

Forma de Autorización para Depósito Directo

Importante! Lea, complete y firme forma antes de enviar la información de su cuenta.

La abajo firmante autoriza Respite, Inc a depositar fondos que me deben en la cuenta del banco o otra institución financiera identificada a continuación.

El abajo firmante autoriza a mi institución financiera a recibir y aceptar tales depósitos y acreditarlos en mi cuenta. Si se hace algún depósito en mi cuenta por error por *Respite, Inc*, mi institución financiera está autorizada para devolver el pago. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que el abajo firmante la revoque por escrito para permitir Respite, Inc y mi institución financiera tiempo para actuar.

Escriba su Nombre, como aparece en la Cuenta de banco

de planilla

#Seguro social _____ - _____ - _____

Firma de trabajador(a)

Fecha

Información de la Cuenta Bancaria

Tipo de Cuenta: (marque uno)

Cheques—Debe adjuntar un cheque anulado (si es posible)

Ahorros—Debe adjuntar una hoja de depósito anulada (si es posible)

Nombre del Banco: _____

Número de la Cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

Por favor incluya un cheque anulado si es posible.

ADJUNTE UN CHEQUE ANULADO AQUÍ