

Autorización de Depósito Electrónico para el Pago a Proveedores
ELECTRONIC DEPOSIT AUTHORIZATION FOR PROVIDER PAYMENT

Uso del formulario: Completar este formulario es voluntario; sin embargo, la información solicitada debe ser proporcionada si desea autorizar al departamento a depositar cheques electrónicamente para cuidado de crianza, asistencia para la adopción, tutela subsidiada, cuidado de crianza estatal o kinship care (cuidado familiar) en su cuenta de cheques. Su número de seguro social será usado para fines de identificación precisa únicamente. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: Firme el formulario y coloque la fecha una vez completo. Ingrese su número de ruta/tránsito bancario de nueve dígitos y su número de cuenta en el lugar indicado en la Sección II. (Ver la página 2 para obtener un ejemplo.) Adjunte un cheque anulado. **Guarde una copia de este documento para sus registros.**

Nuevo Pedido Pedido de Cambio de Cuenta / Banco **(Para DISCONTINUAR voluntariamente el Depósito Electrónico, vea abajo).**

I INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre - Padre/Madre 1 (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social
Nombre - Padre/Madre 2 (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Teléfono – Casa

II INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA (El Depósito Directo está disponible para las Cuentas de Cheque ÚNICAMENTE.)

<input type="checkbox"/> El monto total de mi pago por depósito directo ES finalmente depositado en una institución financiera fuera de los EE.UU.	<input type="checkbox"/> El monto total de mi pago por depósito directo NO ES depositado en una institución financiera fuera de los Estados Unidos.
Nombre – Institución Financiera	Dirección – Institución Financiera
Número de Ruta (Número de Tránsito ABA)	Número de Cuenta del Depositante
Nombre – Titular de la Cuenta (En letra de molde o impreso)	Nombre – Persona que Completa el Formulario (si es diferente al titular de la cuenta)
FIRMA – Titular de la Cuenta	Fecha de la firma

III AUTORIZACIÓN (Para DISCONTINUAR voluntariamente los Depósitos Electrónicos, vea las instrucciones en el reverso).

Autorizo al Estado de Wisconsin a depositar electrónicamente fondos a los que yo tenga derecho a recibir en mi cuenta en la institución financiera indicada arriba. Si se depositan fondos a los que yo no tengo derecho en mi cuenta, autorizo al Estado de Wisconsin a iniciar un ingreso (débito) correctivo en la misma cuenta para corregir los problemas o errores. También se autoriza al estado a verificar los datos directamente con la institución financiera depositante.

Si la información indicada arriba cambia, completaré inmediatamente un nuevo acuerdo de autorización. Si cambio instituciones financieras, entiendo que por dos (2) periodos de cheques, recibiré un cheque en mi dirección particular o hasta que el estado y la institución financiera tengan una oportunidad razonable de actuar sobre la nueva autorización.

Esta autoridad tendrá plena vigencia y efecto hasta que el estado haya recibido una **notificación escrita** de parte mía para cambiar **(o discontinuar completamente)** el depositario designado en el momento y del modo que le permitan al estado y al depositario tener oportunidad razonable para actuar. Entiendo que la autorización puede ser rechazada o discontinuada por el estado en cualquier momento.

<input type="checkbox"/> DISCONTINUAR Depósitos Electrónicos POR COMPLETO. (Para Cambios de Banco / Cuenta ver arriba).			
FIRMA – Padre/Madre 1	Fecha de la firma	FIRMA – Padre/Madre 2	Fecha de la firma

VEA LAS INSTRUCCIONES EN LA PARTE DE ATRÁS DE LA PÁGINA PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

FIRMA – Padre/Madre 1	Fecha de la firma
FIRMA – Padre/Madre 2	Fecha de la firma



⑆075911205⑆ 1-002 45111 600

BANK TRANSIT NUMBER

ACCOUNT NUMBER

Cuentas de Cheques:

Indique el **Número de Tránsito Bancario** (Número de Ruta) y el **Número de Cuenta** en las secciones adecuadas de la página 1, Sección II, Información de la Cuenta Bancaria. **INCLUYA LOS CEROS.**

Números de Cuenta

Autorización Bancaria

PARA DISCONTINUAR VOLUNTARIAMENTE EL DEPÓSITO ELECTRÓNICO: Si desea discontinuar completamente la recepción de su pago a proveedores por medio de depósitos electrónicos y comenzar a recibir sus pagos por medio de cheques en papel, puede hacerlo de una de dos formas:

1. Notificar a la parte correspondiente **POR ESCRITO** y enviar por correo a la agencia correspondiente de la lista indicada abajo.

O

2. Según la Sección III (Autorización), marque el casillero **“DISCONTINUAR Depósitos Electrónicos POR COMPLETO”**, firme y coloque la fecha al lado de esa área como se indica, y vuelva a enviar a la oficina de distribución adecuada indicada abajo.

Distribución: Division of Milwaukee Child Protective Services

Kinship Care (Cuidado Familiar)
 Professional Services Group (PSG)
 1126 S. 70th Street – Suite N200
 Milwaukee, WI 53214

Madison
 Adoption Assistance
 Subsidized Guardianship
 State Foster Care
 Department of Children and Families
 Division of Safety and Permanence
 212 E. Washington Ave, Ste. 101
 P.O. Box 8916
 Madison, WI 53708-8916

Foster Care
 Seleccione su agencia licenciante.

Children’s Hospital of Wis Community Services
 620 S. 76th Street – Suite 120
 Milwaukee, WI 53214

SaintA
 6737 W. Washington Street, Suite 4400
 West Allis, WI 53214