



Acceptamos formularios de DD (Direct Deposit) a través de correo electrónico encriptado.
Para encriptar el correo electrónico, escriba DHSENCRYPT en el asunto del mismo y se encriptará de manera automática.

Acuerdo de Autorización para Pagos Electrónicos

PROVEEDOR

POR FAVOR, ESCRIBA LA INFORMACIÓN A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE

(se requieren todos los campos, a menos que se indique lo contrario)

Nombre Principal del Proveedor	Nombre Secundario del Proveedor	Nombre de la Empresa
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de origen
Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social o EIN (No. de Identificación de Empleador)
Dirección de correo electrónico (opcional)**		
Dirección de la calle		
Ciudad, Estado, Código postal, Condado de residencia		
No. casilla de correos, si aplica Ciudad, Estado, Código postal		

** Su dirección de correo electrónico se utilizará para notificarle cuándo los fondos serán acreditados en su cuenta. Todas las preguntas sobre cuándo va a recibir su pago deben ser dirigidas al trabajador del caso.**

Autorizo a la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS/DHS, por sus siglas en inglés) para que deposite mis pagos en mi cuenta Bancaria /de Tarjeta de Pago Directo. DFCS/DHS también tiene autorización para ajustar cualesquier depósito de más o de menos que haya hecho que se deposite en mi cuenta. Reconozco que el depósito de mis pagos será hecho electrónicamente.

La cantidad neta de mis pagos deberá ser depositada en mi (ESCOJA UNA)

Cuenta de Tarjeta de Pagos Directos de DHS/DFCS – (si escoge este método, se le asignará un número de cuenta y se le enviará por correo una tarjeta Visa SMIONE.) Por favor proporciónenos el NOMBRE que debe aparecer en la tarjeta

Cuenta de Cheques (si escoge este método, adjunte un cheque anulado o una carta sobre depósitos directos de su banco)

Favor de encerrar en un círculo el tipo de cuenta de cheques donde serán depositados estos fondos:

Cuenta de CONSUMIDOR (normalmente, ésta es una cuenta bancaria personal)

Cuenta COMERCIAL

Cuenta de Ahorros (si escoge este método, por favor proporcione una carta sobre depósitos directos de su banco)

NOTA: Si cambio de banco, o si cambio de cuenta bancaria, o si mi banco cambia de nombre, yo tengo la responsabilidad de notificar inmediatamente a la oficina Regional de Contabilidad de la DFCS/DHS (DFCS/DHS Regional Accounting office) y comprendo que ellos tienen un plazo de 7 días para hacer los cambios necesarios.

Al firmar esta autorización para Depósito Directo o para emisión de una Tarjeta de Pago Directo, yo comprendo que algunos cheques no serán depositados automáticamente en mi cuenta bancaria o en mi cuenta de Tarjeta de Pago Directo sino que me serán entregados a mí. Esto sería únicamente en situaciones de emergencia y se tratarán de caso en caso.

Firma del Proveedor Principal (Requerida)	Fecha	Número de teléfono de contacto
Firma del Proveedor Secundario (Requerida)	Fecha	Número de teléfono de contacto
Dueño de la Empresa, Presidente, o CEO (Requerida)	Fecha	Número de teléfono de contacto

ADHERIR UN CHEQUE ANULADO AQUÍ

Enviar por correo a: Field Fiscal Services
 Attn: Direct Deposit Representative
 P.O. Box 1921
DFCS-FiscalServices@dhs.ga.gov

Acceptamos formularios de DD (Direct Deposit) a través de correo electrónico encriptado.
 Para encriptar el correo electrónico, escriba DHSENCRYPT en el asunto del mismo y se encriptará de manera automática.