

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Marque una de las siguientes casillas; **DEBE** indicar la acción que solicita.

- Esta es una NUEVA solicitud de depósito directo.
- Esto es un CAMBIO en el depósito directo de mi Estipendio para la vida independiente a la cuenta que se indica debajo.
- Esto es para CANCELAR el método de pago de depósito directo de mi Estipendio para la vida independiente y para la emisión de una Q Card.

Nombre _____
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

ID. de recurso _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Nombre del banco/sucursal _____

Número de teléfono de la sucursal _____

Tipo de cuenta:

- Cuenta corriente: Incluya un cheque en blanco NULO de la cuenta corriente en la que se realizará el depósito directo. No se aceptan cheques provisionales. Su nombre debe aparecer en el cheque y en la cuenta. El nombre que aparece en su cuenta corriente DEBE coincidir con su nombre según aparece asentado en la División de Protección y Permanencia de Jóvenes (CP&P).
- Cuenta de ahorros: Solicítele a su banco que incluya la cuenta correspondiente y el número de ruta en membrete del banco firmado por un representante del banco. Su nombre debe aparecer en la carta y en la cuenta. El nombre que aparece en su cuenta de ahorros DEBE coincidir con su nombre según aparece asentado en la CP&P.

Autorizo al Estado de New Jersey a depositar pagos de mi Estipendio para la vida independiente a la cuenta que se mencionó anteriormente hasta nuevo aviso. Dicho aviso se realizará por escrito y le brindará al Estado de New Jersey un período razonable para procesar la cancelación. Si se depositan fondos por error en mi cuenta, autorizo al Estado de New Jersey a deducir el monto equivocado de mi cuenta o de mis futuros pagos.

Su firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

Una vez que los firme y los complete, envíe por correo o fax este formulario de autorización y la documentación a la siguiente dirección:

Envíe por correo a:
DCF Direct Deposit Enrollment
P.O. Box 55058
Trenton, NJ 08638

O

Envíe por fax a:
(609)570-4287

Puede ver y descargar este formulario si visita www.njquickcents.com.

Para uso de la oficina solamente: Fecha de recepción _____ Procesado por _____