

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO
DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD**

Este formulario debe completarse si elige recibir su(s) pago(s) de Beneficios por Discapacidad a través de depósito directo.

Estimadas y estimados participantes:

Los participantes del Fondo de Salud y Bienestar de UFCW del noreste de Pensilvania que reciben beneficios por discapacidad pueden optar por recibir sus pagos mediante depósito directo en una cuenta bancaria.

Por lo tanto, rellene el siguiente formulario con la información solicitada:

Nombre del Participante: _____
Por favor imprima

Número de Seguro Social: _____

Nombre del Banco: _____

Dirección del Banco: _____
Calle

_____ Ciudad Estado Código postal

Número de Ruta/Número de Tránsito: _____

Número de cuenta bancaria: _____

*****LLAME A SU BANCO SI NECESITA AYUDA CON EL ENRUTAMIENTO Y/O LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA*****

Marca uno: **Cuenta de Cheques (ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO)** **Cuenta de Ahorros**

Al completar este formulario, elijo que mis pagos de beneficios por discapacidad se depositen directamente en mi cuenta bancaria. Autorizo a mi banco a hacer los ajustes apropiados si alguna vez se ingresa una cantidad incorrecta en mi cuenta.

FECHA

FIRMA DEL PARTICIPANTE

*****Este formulario debe ser completado y devuelto a la Oficina del Fondo*****