



STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
 77 DORRANCE STREET
 PROVIDENCE, RI 02903
 (401) 458-4400 WWW.CSE.RI.GOV

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

SI DECIDE RECIBIR LOS PAGOS POR MEDIO DE DEPOSITO DIRECTO, POR FAVOR COMPLETE LA ULTIMA PAGINA DE ESTE FORMULARIO Y SIGA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PROPORCIONAN. CONTINUARA RECIBIENDO SUS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES EN LA CUENTA DESIGNADA DE LA TARJETA. HASTA QUE SE PROCESE EL PAPELEO, SU CUENTA DE CHEQUES/AHORROS DEPOSITO DIRECTO NO ESTARÁ ACTIVA HASTA QUES SE INTRODUZCA LA NUEVA INFORMACIÓN EN NUESTRO SISTEMA.

AL PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN, USTED AUTORIZA AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS, LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN PARA INICIAR EL DEPOSITO DIRECTO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA A SU CUENTA DE CHEQUES/AHORROS EN LA INSTITUCIÓN FINANCIERA A CONTINUACIÓN.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIER:

DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL:

NÚMERO DE CUENTA:

TIPO DE CUENTA (INDIQUE UNA):

CUENTA DE CHEQUES

- ADJUNTE UN CHEQUE CANCELADO EN BLANCO DE LA CUENTA EN LA QUE DESEA SE HAGA EL DEPÓSITO DIRECTO
- :
- UNA CARTA DE SU INSTITUCIÓN FINANCIERA CON EL NOMBRE SUYO, SU DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE RUTA DE SU BANCO Y EL NÚMERO DE CUENTA. LA CARTA DEBE ESTAR EN PAPEL MEMBRETADO Y ESTAR FIRMADA POR UN REPRESENTANTE DEL BANCO.
- LA CUENTA DEBE ESTAR A SU NOMBRE
- POR FAVOR NO ENVÍE UN COMPROBANTE DE DEPÓSITO

CUENTA DE AHORRO

- UNA CARTA DE SU INSTITUCIÓN FINANCIERA CON EL NOMBRE SUYO, SU DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE RUTA DE SU BANCO Y EL NÚMERO DE CUENTA. LA CARTA DEBE ESTAR EN PAPEL MEMBRETADO Y ESTAR FIRMADA POR UN REPRESENTANTE DEL BANCO.
- LA CUENTA DEBE ESTAR A SU NOMBRE
- POR FAVOR NO ENVÍE UN COMPROBANTE DE DEPÓSITO

SI POR ERROR SE DEPOSITA UN PAGO EN SU CUENTA, LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES CORREGIRÁ EL ERROR INMEDIAMENTE Y LE NOTIFICARÁ DEL RETIRO DE ESTOS FONDOS DEPOSITADOS POR ERROR EN SU CUENTA.

ESTA AUTORIZACIÓN QUEDARÁ VIGENTE HASTA QUE LA OFICINA DE MANUTENCIÓN DE MENORES RECIBA UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA DE PARTE SUYA INFORMÁNDOLE QUE LA AUTORIZACIÓN HA TERMINADO, DE TAL MANERA Y HASTA CUANDO LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN TENGA LA OPORTUNIDAD RAZONABLE DE PONERLA EN EFECTO.

SU NOMBRE:

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

NÚMERO DE
TELÉFONO:

[] CELULAR [] TRABAJO [] CASA [] OTRO

FIRMA

FECHA