



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

W-682S
(Rev. 1/23)

Instrucciones

Para inscribirse para depósito directo, por favor llene la información solicitada abajo y firme y ponga la fecha en este formulario en el espacio indicado. Por favor envíe este formulario con un cheque personal anulado como comprobante de su cuenta. Si usted no tiene un cheque para esta cuenta de banco, puede enviar este formulario con otro comprobante de su cuenta, como por ejemplo un extracto de cuenta.

La cuenta de banco que se use para depositar directamente los pagos de su beneficio tiene que ser a nombre de usted. Si está pidiendo depósito directo a una cuenta bancaria conjunta, el titular conjunto de la cuenta también tiene que firmar y poner la fecha en el espacio indicado abajo. Usted y cualquier titular conjunto de la cuenta tienen que leer el reverso de este formulario. Tiene información importante sobre el depósito directo, incluyendo cómo encontrar los números de su cuenta y de identificación del banco en un cheque personal. Después de llenar este formulario, por favor envíelo junto con el comprobante de su cuenta a esta dirección:

Department of Social Services Scanning Center
PO Box 1320
Manchester, CT 06045

Tipo de Transacción <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Cambio			Número de Identificación de Cliente de DSS (CLID) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Nombre de Cliente (Primero, Inicial, Apellido)			Dirección (Calle, P.O. Box)		
Ciudad	Estado	C.P.	Código de Área	Número de Teléfono	
Tipo de cuenta de depósito <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorros			¿Es esta cuenta a nombre del cliente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de Cuenta del Depositante			Número de Identificación Bancaria del Depositante		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nombre de la Institución Financiera					
Dirección (Calle, P.O. Box)			Ciudad	Estado	C.P.
Certificación de Cliente Yo certifico que tengo derecho a beneficios del Departamento de Servicios Sociales (DSS) y que leí y comprendo el reverso de este formulario. Al firmar este formulario yo autorizo que los pagos de mis beneficios sean enviados a la institución financiera indicada arriba para depositarse en la cuenta designada. Certifico que yo soy el(la) titular único(a) o conjunto(a) de la cuenta indicada. Y autorizo que DSS ajuste cualquier depósito que se efectuara equivocadamente.			Certificación de Titular Conjunto de Cuenta Yo certifico que he leído y comprendo el reverso de este formulario incluyendo el aviso especial para titulares conjuntos de cuentas de banco.		
Signature _____			Signature _____		
Date _____			Date _____		



Por favor lea esto cuidadosamente

La información en este formulario se usará para procesar datos de pago del Departamento de Servicios Sociales (DSS) a la institución financiera indicada y/o su agente. **Si usted no da toda la información solicitada, o si da información equivocada, es posible que no podamos procesar su solicitud de depósito directo. Esto podría causar un atraso del pago de su beneficio.**

Localización de los números de la cuenta y de identificación bancaria

Los números de la cuenta de depositante y de identificación bancaria que se piden al otro lado de este formulario se pueden encontrar en un cheque personal:

Diagrama de un cheque personal con los siguientes campos:

- NAME (Nombre)
- ADDRESS (Dirección)
- CITY, STATE ZIP (Ciudad, Estado, Código Postal)
- DATE (Fecha)
- PAY TO THE ORDER OF (Pagado a la orden de)
- \$ (Monto)
- DOLLARS (Dólares)
- BANK NAME (Nombre del banco)
- ADDRESS (Dirección del banco)
- CITY, STATE ZIP (Ciudad, Estado, Código Postal del banco)
- FOR (Por)
- Routing Number (Número de enrutamiento)
- Account Number (Número de cuenta)

El código de barras muestra: ⑆0 2345678⑆ 0 234567890 23 ⑆ 0 23

Una gran marca "VOID" está superpuesta en el centro del formulario.

Acceso a beneficios después del depósito directo

Una vez que DSS deposite electrónicamente un pago de beneficio a su cuenta, cualquier problema que usted tenga para tener acceso a los fondos tendrá que resolverse a través de su institución financiera. **Toda pregunta que tenga sobre acceso a estos fondos tiene que dirigirse a su institución financiera.**

Aviso especial a titulares de cuenta conjunta

Los titulares de una cuenta conjunta deben informar inmediatamente a DSS y a la institución financiera en un caso de la muerte del cliente. Fondos depositados después de la muerte del cliente o después de que el cliente deje de ser elegible para beneficios tienen que ser reembolsados a DSS. Si usted es titular de cuenta conjunta, al firmar al otro lado de este formulario usted da su consentimiento irrevocable para que la institución financiera devuelva a DSS cualesquier fondos depositados indebidamente a petición de DSS. La institución financiera quedará eximida de responsabilidad por DSS respecto a cualquier demanda que surgiera en relación con una petición de esta índole.

Cancelación

Usted puede cancelar esta autorización de depósito directo en cualquier momento, enviándonos una notificación por escrito indicando su deseo de hacerlo. Esta autorización de depósito directo se cancelará si la elegibilidad para beneficios termina o si el cliente muere. La autorización de depósito directo se dará por cancelada si se cierra su cuenta en la institución financiera. **Si usted cierra su cuenta, tiene que notificarnos inmediatamente. Si no lo hace, se podrían atrasar los pagos de su beneficio.**

Cambios de institución financiera

Si desea cambiar la institución financiera que recibe el depósito directo de sus beneficios, tiene que notificar a DSS. Se requerirá que llene otra copia de este formulario para la nueva institución financiera seleccionada. **Se recomienda que mantenga ambas cuentas en ambas instituciones financieras hasta que se complete la transacción. Una vez que empiece a recibir depósitos directos en la nueva institución financiera, puede cerrar su cuenta antigua.**

Declaraciones falsas o reclamos fraudulentos

La ley Estatal dispone una multa de no más de \$2,000, o encarcelación por no más de un (1) año, o ambas penas por dar información falsa en relación con una transferencia electrónica de fondos. (CGS Sec. 53a-157b)

Personas sordas o con dificultades auditivas y que tengan un dispositivo TTD/TTY pueden comunicarse con DSS al 1-800-842-4524. Personas ciegas o con discapacidad visual pueden comunicarse con DSS al 1-860-424-5040

