Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

REGISTRACIJA DIREKTNOG DEPOZITA
DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

INSTRUKCIJE:

1. Popunite gornji dio ovog obrasca , potpišite i stavite datum.
2. Neka Vaša banka popuni donji dio ovog obrasca.
3. Pošaljite popunjen obrazac na:

DSHS DIRECT DEPOSIT/EBT
PO BOX 9254
OLYMPIA WA 98507-9254

1. DIO MOLIMO SLJEDEĆE INFORMACIJE ŠTAMPAJTE

IME (VAŠE PREZIME, IME I SREDNJI INICIJAL)	VAS BROJ TELEFONA (I POZIVNI BROJ)

VAŠA POŠTANSKA ADRESA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ

VAŠ IDENTIFIKACIONI BROJ KLIJENTA	SOCIAL SECURITY BROJ
ILI	

BROJ VAŠEG BANKOVNOG RAČUNA	KOJA JE TO VRSTA RAČUNA? (OZNAČITE JEDNO)
	☐ TEKUĆI ☐ ŠTEDNI

PROČITAJTE SLJEDEĆE I POTPIŠITE ISPOD

Dajem ovlaštenje Odjelu za socijalne i zdravstvene usluge (DSHS) da polaže moju novčanu pomoć direktno na broj računa naveden dole. Također mogu ispraviti bilo koju grešku u obrascu, ako je potrebno. Slažem se da popunim novi Registracija Direktnog Depozita ako promijenim banku ili bankovni račun. Razumijem da moram pismeno obavijestiti DSHS, ukoliko želim obustaviti Direktni depozit.

Pročitao sam i razumio gore navedeno.

POTPIS	DATUM

2. DIO SLJEDEĆE MORA POPUNITI VAŠA BANKA (PART 2. THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY YOUR BANK.)

BANK TRANSIT/ROUTING NUMBER	BANK ACCOUNT NUMBER

I certify the bank transit/routing number and the personal account number listed above are correct.

BANK EMPLOYEE'S SIGNATURE	DATE	PRINT NAME OF BANK EMPLOYEE HERE

BANK'S NAME AND BRANCH