Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

INSCRIPCIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO
DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

INSTRUCCIONES:

1. Llene la parte superior de este formulario, fírmelo y ponga la fecha.
2. Pida a su banco que llene la parte inferior de este formulario.
3. Envíe el formulario completado a:

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

PARTE 1. SÍRVASE IMPRIMIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

NOMBRE (SU APELLIDO, PRIMER NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	SU NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO REGIONAL)

SU DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
	O

SU NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	¿QUÉ TIPO DE CUENTA BANCARIA ES? MARQUE UNO. ☐ Corriente ☐ Ahorro

SÍRVASE LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR ABAJO

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para depositar mis beneficios de asistencia económica directamente en la cuenta indicada a continuación. Si es necesario, también pueden corregir errores de datos. Estoy de acuerdo en llenar un nuevo formulario de inscripción si cambio de banco o cuentas bancarias. Entiendo que si deseo detener el Depósito Directo, debo notificar a DSHS por escrito.

He leído y entiendo lo anterior.

FIRMA	FECHA

PARTE 2. SU BANCO DEBE LLENAR LO SIGUIENTE. (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