



**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 UFCW Local 1776 y del Fondo de Salud y Bienestar de los Empleadores Participantes 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. Entiendo que esta elección permanecerá en vigor y efecto hasta 30 días después de que la Oficina del Fondo reciba mi solicitud por escrito para cancelar el servicio de depósito directo. **¡También entiendo que si cancelo esta autorización de depósito directo, mis beneficios por discapacidad me serán pagados a través de un Rapid! Tarjeta de pago emitida por el Fondo.**

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

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