



**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*****