

# براہ راست ڈپازٹ کے لیے اندراج کا فارم

یہ صرف براہ راست ڈپازٹ کے لیے ہے۔ اگر آپ ڈیبٹ کارڈ حاصل کرنا چاہتے ہیں تو یہ فارم استعمال نہ کریں۔ (براہ کرم ٹائپ کریں یا سیاہ روشنائی کے ذریعے واضح انداز میں پرنٹ کریں۔)

ہدایات:

- ذیل میں دونوں سیکشنز مکمل کریں اور یہ فارم لوٹائیں، صرف اس صورت میں کہ آپ براہ راست ڈپازٹ میں اندراج کے خواہشمند ہوں۔
- آپ کا نام آپ کے بینک یا کریڈٹ یونین اکاؤنٹ پر ظاہر ہونا چاہیے۔
- آپ کا اندراج آپ کے نیو یارک کیس کے شناخت کار کے بغیر پراسیس نہیں ہو سکتا۔
- اگر آپ ریاست نیو یارک میں ایک سے زائد اعانت اطفال اکاؤنٹ میں ادائیگیاں وصول کر رہے ہیں تو آپ کو اعانت اطفال کے ہر اکاؤنٹ کے لیے علیحدہ فارم مکمل اور جمع کروانا ہوگا۔ نیو یارک کیس شناخت کار کو شامل کرنا یقینی بنائیں۔
- پُر شدہ فارم اس پتہ پر واپس بھیجیں: NYS Child Support Processing Center, PO Box 15367, Albany, NY 12212-5367
- اس فارم کو پُر کرنے کے طریقے سے متعلق کسی بھی سوال یا پھر ڈیبٹ کارڈ کی درخواست کرنے کے لیے 866-875-9975 TTY، 888-208-4485 اور 866-875-9975 TTY کے ذریعے (fcc.gov/encyclopedia/trs-providers) پر اعانت اطفال کی ہیلپ لائن سے رابطہ کریں۔

## A. براہ راست ڈپازٹ میں اندراج کے لیے اندراج کنندہ کی طرف سے مکمل کی جانے والی مطلوبہ معلومات

آپ کو اپنے بارے میں اور اپنے اعانت اطفال کے اکاؤنٹ سے متعلق مندرجہ ذیل معلومات فراہم کرنی ہوں گی۔ اگر کوئی معلومات چھوٹ جائے تو فارم مکمل کرنے کے لیے واپس بھیج دیا جائے گا۔

درمیانی نام آخری نام

پہلا نام

مراسلت کا پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست زپ \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ سوشل سیکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ نیو یارک کیس کا شناخت کار (مثلاً AB12345C1) \_\_\_\_\_ کاؤنٹی کا نام \_\_\_\_\_

ای میل پتہ (اپشنل)

فون نمبر

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں مذکورہ بالا نیو یارک کیس کے شناخت کار کے لیے اعانت اطفال یا اطفال و زوج/زوجہ کی مشترکہ اعانت کی ادائیگیوں کا/کی حقدار ہوں۔ میں منظوری فراہم کرتا/کرتی ہوں کہ ذیل میں نامزد مالی ادارے کو بھیجی جانے والی میری تمام اعانت اطفال اور/یا زوج/زوجہ کی اعانت سے متعلق ادائیگیاں مالی ادارے کے نشاندہی کردہ اکاؤنٹ میں ڈپازٹ کروائی جائیں۔ جب تک میں منسوخی کا تحریری نوٹس فراہم نہ کروں یہ منظوری برقرار رہے گی۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں اور متفق ہوں کہ منسوخی کے نوٹس پر کارروائی کرنے کے لیے معقول وقت درکار ہوگا۔

تاریخ (MM/DD/YYYY)

دستخط

## B. مالی ادارے کی طرف سے مکمل کی جانے والی مطلوبہ معلومات

براہ کرم مندرجہ ذیل معلومات اور دستخط کے لیے یہ فارم اپنے بینک یا کریڈٹ یونین لے کر جائیں:

بینک کی معلومات:

مالی ادارے کا نام (بینک یا کریڈٹ یونین):

مراسلت کا پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست زپ \_\_\_\_\_

اکاؤنٹ کی معلومات:

(یہ کسی اور کو فائدہ پہنچانے والا ٹرسٹ اکاؤنٹ یا غیر ملکی مالی ادارے کا اکاؤنٹ نہیں ہونا چاہیے)

چیکنگ  سیونگز

راؤٹنگ ٹرانزٹ نمبر

اکاؤنٹ نمبر

مذکورہ بالا مالی ادارے کے نمائندے کے بطور، میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ مالی ادارہ ACH کی سہولت رکھتا ہے اور اوپر دکھائے گئے بینک اکاؤنٹ نمبر میں ادائیگیاں وصول اور ڈپازٹ کرنے میں معاونت کرے گا۔

تاریخ (MM/DD/YYYY)

اجلی حروف میں نمائندہ کا نام

نمائندہ کے دستخط