

برنامج مساعدة ولاية نيويورك لإعالة الطفل نموذج الاشتراك في خدمة الإيداع المباشر

لخدمة الإيداع المباشر فقط. لا تستخدم هذا النموذج إذا كنت ترغب في الحصول على بطاقة خصم. (يرجى الكتابة أو الطباعة بوضوح باستخدام الحبر الأسود).

التعليمات:

- أكمل القسمين الواردين أدناه معًا وأعد هذا النموذج فقط إذا كنت ترغب في الاشتراك في خدمة الإيداع المباشر.
- يجب أن يكون اسمك ظاهرًا على حسابك البنكي أو حساب الاتحاد الائتماني لديك.
- لن تتمكن من معالجة طلب اشتراكك بدون معرف الحالة بولاية نيويورك.
- إذا كنت تتلقى مدفوعات على أكثر من حساب إعالة طفل في ولاية نيويورك، فستحتاج إلى إكمال نموذج منفصل لكل حساب إعالة طفل وتقديمه. تأكد من تضمين معرف الحالة بولاية نيويورك.
- أعد النموذج المكتمل إلى: NYS Child Support Processing Center, PO Box 15367, Albany, NY 12212-5367.
- إذا كانت لديك أية أسئلة عن كيفية إكمال هذا النموذج، أو كيفية طلب الحصول على بطاقة خصم، تفضل بالاتصال بالخط الساخن لإعالة الطفل على الرقم 888-208-4485، ولمستخدمي الهاتف النصي (TTY): 866-875-9975، خدمة تحويل المكالمات (fcc.gov/encyclopedia/trs-providers).

أ- المعلومات اللازمة للاشتراك في خدمة الإيداع المباشر التي يتعين على المشترك إكمالها

يجب عليك تقديم المعلومات التالية عن نفسك وعن حساب إعالة الطفل لديك.
إذا كانت هناك أية معلومات ناقصة، فسيعاد النموذج لاستكمالها.

| | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------|--|
| الاسم الأول | الحرف الأول للاسم الأوسط | الاسم الأخير | | |
| العنوان البريدي | المدينة | الولاية | الرمز البريدي | |
| تاريخ الميلاد (اليوم/ الشهر/ السنة) | رقم الضمان الاجتماعي | معرف الحالة بولاية نيويورك (على سبيل المثال، AB12345C1) | اسم المقاطعة | |
| رقم الهاتف | عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) | | | |
| أقر بأنني مؤهل للحصول على مدفوعات إعالة الطفل أو مجموع إعالة الطفل ونفقة الزوج (ة) الخاصة بمعرف الحالة بولاية نيويورك الوارد أعلاه. وأصرح بإيداع جميع مدفوعات إعالة الطفل و/أو نفقة الزوج (ة) المرسلة إلى المؤسسة المالية المذكورة أدناه في الحساب الموضح من جانب المؤسسة المالية. ويظل هذا التصريح ساري المفعول حتى أقدم إشعارًا كتابيًا بالإلغاء. وأنفهم وأوافق على منح وقت معقول لمعالجة إشعار الإلغاء. | | | | |
| التوقيع | التاريخ (اليوم/ الشهر/ السنة) | | | |

ب- المعلومات اللازمة التي يتعين على المؤسسة المالية إكمالها

يرجى اصطحاب هذا النموذج إلى البنك أو الاتحاد الائتماني الذي تتعامل معه للحصول على المعلومات التالية والتوقيع:

معلومات البنك:

اسم المؤسسة المالية (البنك أو الاتحاد الائتماني):

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------|--|
| العنوان البريدي | المدينة | الولاية | الرمز البريدي | |
| معلومات الحساب: | | | | |
| <input type="checkbox"/> حساب جارٍ | <input type="checkbox"/> حساب توفير | (لا يمكن أن يكون هذا الحساب حسابًا ائتمانيًا لصالح حساب مؤسسة مالية أجنبية أو مؤسسة مالية أخرى) | | |
| رقم الحساب | رقم عبور التوجيه | | | |

بصفتي ممثلًا عن المؤسسة المالية المذكورة أعلاه، أقر بأن هذه المؤسسة المالية تدعم نظام غرفة المقاصة الآلية (ACH)، وستتلقى مدفوعات الإعالة وتودعها في رقم الحساب البنكي الموضح أعلاه.

| | | | |
|--------------|--------------------|-------------------------------|--|
| توقيع الممثل | اسم الممثل مطبوعًا | التاريخ (اليوم/ الشهر/ السنة) | |
|--------------|--------------------|-------------------------------|--|