

Manutención infantil en el Estado de Nueva York

Formulario de inscripción para Depósito Directo

SOLO para depósito directo. No utilice este formulario si desea recibir una tarjeta de débito. (Escribir a máquina o en letra de molde clara con tinta negra).

Instrucciones:

1. Complete **AMBOS** apartados a continuación y envíe este formulario, **SOLO** si desea inscribirse en el Depósito Directo.
2. Su nombre debe aparecer en su cuenta bancaria o de la cooperativa de crédito.
3. Su inscripción no puede ser procesada sin su identificador de caso de Nueva York.
4. Si está recibiendo pagos en más de una cuenta de manutención infantil en el Estado de Nueva York, tendrá que completar y presentar un formulario distinto para cada cuenta de manutención infantil. Asegúrese de incluir el identificador de caso de Nueva York.
5. Enviar el formulario completo a: NYS Child Support Processing Center, PO Box 15367, Albany, NY 12212-5367.
6. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, o para solicitar una tarjeta de débito, póngase en contacto con la línea de ayuda para la manutención infantil llamando al 888-208-4485, TTY 866-875-9975, servicio de retransmisión (fcc.gov/encyclopedia/trs-providers).

A. Información necesaria para inscribirse en el depósito directo a completar por el inscrito

Debe proporcionar la siguiente información sobre usted y su cuenta de manutención.

Si falta **ALGUNA** información, el formulario será devuelto para que se complete.

Nombre	MI	Apellido		
Dirección postal		Ciudad	Estado C. P.	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social	Identificador de caso de Nueva York (p. ej., AB12345C1)	Nombre del condado	
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico (opcional)			

Certifico que tengo derecho a los pagos de la manutención infantil, o de la manutención combinada infantil y conyugal, para el identificador de caso de Nueva York anteriormente indicado. Autorizo a que todos mis pagos de manutención infantil y/o conyugal a la institución financiera nombrada a continuación se depositen en la cuenta indicada por dicha institución financiera. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo comunique por escrito su cancelación. Entiendo y estoy de acuerdo con el plazo razonable para procesar la notificación de cancelación.

Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)
-------	--------------------

B. Información necesaria a completar por la institución financiera

Por favor, lleve este formulario a su banco o cooperativa de crédito para que le den la siguiente información y lo firmen:

Información bancaria:

Nombre de la institución financiera (banco o cooperativa de crédito):

Dirección postal Ciudad Estado C. P.

Información de la cuenta:

Cuenta corriente Caja de ahorro (NO puede ser una cuenta fiduciaria en beneficio de otra persona ni una cuenta de una institución financiera extranjera)

Número de cuenta Número de enrutamiento

Como representante de la Institución Financiera arriba mencionada, certifico que esta Institución financiera tiene capacidad de ACH y que recibirá y depositará los pagos de manutención en el número de cuenta bancaria que se indica anteriormente.

Firma del representante	Aclaración del representante	Fecha (MM/DD/AAAA)
-------------------------	------------------------------	--------------------