

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ELECTRONICOS

Marque la caja que se aplique:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autorización para Depósito Directo Nuevo | <input type="checkbox"/> Tarjeta para Pagos Electrónicos |
| <input type="checkbox"/> Suspende EPC y empieza Deposito Directo | <input type="checkbox"/> Suspende Deposito Directo y empieza EPC |
| <input type="checkbox"/> SÓLO cambios a la información de la cuenta | |

Para tarjetas repuestas

 llame al

 1-866-802-7011

Si no provee usted toda la información requerida abajo, su petición no se tramitará y este formulario se le devolverá a usted.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caso de IV-D
<i>(Si recibe o ha recibido Asistencia en efectivo en el pasado y/o ha solicitado para servicios de IV-D o si tiene un caso abierto con DCSE, entonces su caso es considerado un caso de IV-D.)</i> | NUMERO DE CASO DE ATLAS.
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> No es un caso de IV-D
<i>(Todos los casos que no son de NON-DCSE IV-D son casos en los cuales participa el tribunal local y no participa el DCSE)</i> |
|---|--|--|

NOMBRE (Apellido, Nombre, S.I.)	NUMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE QUE TIENE CUSTODIA (MM/DD/YYYY)	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN CORRIENTE (No., Calle, Ciudad, Estado, Código postal)			

Yo, por la presente, le autorizo a la Unidad de desembolso del Estado de Arizona (SDU) o su agente designado para iniciar partidas de crédito y si sea necesario, partidas de débitos y ajustes para cualquiera partida de crédito que se hiciera por equivocación a mi (nuestra) **cuenta de cheques** **cuenta de ahorros** indicada abajo, para abonar y/o cargar lo mismo a tal cuenta para el propósito de pagos de alimentos.

SÓLO PARA DEPOSITO DIRECTO

¡IMPORTANTE! Por favor adjunte un cheque anulado de su cuenta o una carta de su institución financiera si un cheque no es disponible.

NO. DE ENRUTAMIENTO DEL BANCO DE ABA .NO. DE CUENTA.	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA	1 ^{ER} NOMBRE EN LA CUENTA (Apellido, Nombre, S.I.)	2 ^O NOMBRE EN LA CUENTA (Apellido, Nombre, S.I.)
--	-------------------------------------	--	---

Todos sus pagos de los alimentos de menores y, si se aplique, el mantenimiento de cónyuge pasarán a través de depósito directo. Solamente serán depositados en una cuenta, que puede ser una cuenta de ahorros o cuenta de cheques. Si usted desea que se depositarán los fondos a su cuenta de cheques, por favor de **adjunte un cheque marcada "NULO" y llene la información siguiente.** Si usted desea que depositen los fondos a su cuenta de ahorros, provea por favor de una carta de su institución financiera con el número de enrutamiento y de cuenta. Esta autorización se quedará en vigor hasta que DCSE ha recibido una notificación por escrito de la terminación de mí en tal hora y de tal manera para dar la oportunidad razonable a DSCE de actuar en el aviso. Se puede también terminar esta autorización por DCSE o su agente por medio de enviar un aviso a la dirección última que le proporcioné a DCSE o a su agente. Mantendré la unidad del desembolso del estado del Arizona (SDU) o su agente informado de cualquier cambio de la dirección que pueda ocurrir. Entiendo que la falta de hacer lo causará los pagos sin entregar del alimento.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	SU FIRMA	FECHA
-------------------------------------	----------	-------

DEVUELVA EL FORMULARIO FIRMADO A: ARIZONA STATE DISBURSEMENT UNIT (SDU)
 Electronic Payment Authorization Unit
 PO Box 36626
 Phoenix, AZ 85067-6626

“Si tiene preguntas relacionadas al este formulario o proceso favor de comunicarse con servicio al cliente al: 602-252-4045”

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese 602-274-7951; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.