Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ໃບຄຳຮ້ອງຝາກເງິນໂດຍກົງ

DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

ຄຳແນະນຳ:

1. ໃຫ້ຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງທາງເທິງນີ້, ເຊັນຊື່, ແລະ ລົງວັນທີ.
2. ໃຫ້ທະນາຄານຂອງທ່ານຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້.
3. ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປ:

DSHS DIRECT DEPOSIT/EBT
PO BOX 9254
OLYMPIA WA 98507-9254

ພາກທີ 1. ກະຣຸນາຂຽນພິມຣາຍລະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້	
ຊື່ (ນາມສະກຸນຂອງທ່ານ, ຊື່, ແລະ ຊື່ນ້ອຍ)	ຊື່ (ນາມສະກຸນຂອງທ່ານ, ຊື່, ແລະ ຊື່ນ້ອຍ)
ບ່ອນຢູ່ສົ່ງໜັງສືຂອງທ່ານ ເມືອງ	ຣັດ ຊິບໂຄດ
ເລກປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ເລກໂຊໂຊ ຫລື	
ເລກບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ	ບັນຊີທະນາຄານຊະນິດໃດ? ໝາຍປ່າງນຶ່ງ. ☐ ເຊັກລົງ ☐ ເຊວວິງ
ກະຣຸນາອ່ານສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້ ແລະ ເຊັນຢູ່ທາງລຸ່ມ	
ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກົມສັງຄົມ ແລະ ສົງເຄາະ (DSHS) ເພື່ອເອົາການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຝາກເງິນໂດຍກົງໃສ່ບັນຊີທີ່ຂຽນໄວ້ທາງລຸ່ມນີ້, ຖ້າມີຄວາມຕ້ອງການ, ເຂົາເຈົ້າອາດແກ້ໄຂຄວາມຜິດພາດໃດໆທີ່ເອົາເຂົ້ານັ້ນຄືກັນ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງອັນໃໝ່ ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າປ່ຽນແປງທະນາຄານ ຫລື ບັນຊີທະນາຄານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢຸດຝາກເງິນໂດຍກົງ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງແຈ້ງກົມ (DSHS) ເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈສິ່ງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.	
ລາຍເຊັນ	ວັນທີ

ພາກທີ 2. ສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້ຕ້ອງປະກອບໂດຍທະນາຄານຂອງທ່ານ (PART 2. THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY YOUR BANK.)		
BANK TRANSIT/ROUTING NUMBER		BANK ACCOUNT NUMBER
I certify that the bank transit/routing number and the personal account number listed above are correct.		
BANK EMPLOYEE'S SIGNATURE	DATE	PRINT NAME OF BANK EMPLOYEE HERE
BANK'S NAME AND BRANCH		