Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

நேரடியாகக் கணக்கில் வரவு வைப்பதற்கான பதிவு
DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

பூர்த்திசெய்வதற்கான குறிப்புகள்:

1. இந்த படிவத்தின் மேல் பகுதியைப் பூர்த்திசெய்து, கையொப்பத்தையும், தேதியையும் இடுங்கள்.
2. இந்த படிவத்தின் கீழ்ப் பகுதியை உங்கள் வங்கியைப் பூர்த்திசெய்ய வையுங்கள்.
3. பூர்த்திசெய்த படிவத்தைக் கீழ்க்கண்ட முகவரிக்கு அனுப்புங்கள்:

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

பகுதி 1. தயவுசெய்து பின்வரும் தகவல்களை அச்சிடுங்கள்

பெயர் (உங்கள் கடைசி பெயர், முதல் பெயர் மற்றும் நடு முதலெழுத்து)	உங்கள் தொலைபேசி எண் (மற்றும் வட்டாரக் குறியீடு)
உங்கள் அஞ்சல் முகவரி / நகரம் / மாநிலம் / அஞ்சல் குறியீடு	
உங்கள் வாடிக்கையாளர் அடையாள எண் **அல்லது** சமூகப் பாதுகாப்பு எண்	
உங்கள் வங்கிக் கணக்கு எண்	அது எந்த மாதிரியான வங்கிக் கணக்கு? ஒன்றில் குறியிடவும். ☐ காசோலை ☐ சேமிப்பு

தயவுசெய்து பின்வருவனவற்றைப் படித்துவிட்டு, அதன் கீழே கையொப்பம் இடுங்கள்

நான், எனக்கான ரொக்க உதவி ஆதாயங்களைக் கீழே பட்டியலிடப்பட்டுள்ள கணக்கில் நேரடியாக வரவு வைப்பதற்கு சமூக மற்றும் சுகாதாரச் சேவைகள் துறைக்கு (Department of Social and Health Services, DSHS) அதிகாரமளிக்கிறேன். தேவைப்பட்டால், அவர்கள் எந்த உள்ளீட்டுப் பிழைகளையும் திருத்தவும் செய்யலாம். நான் வங்கிகளையோ, வங்கிக் கணக்குகளையோ மாற்றினால், புதிய பதிவுப் படிவம் ஒன்றைப் பூர்த்திசெய்வகற்கு ஒப்புக் கொள்கிறேன். கணக்கில் நேரடியாக வரவு வைப்பதை நான் நிறுத்த விரும்பினால், DSHSஸுக்கு எழுத்துபூர்வமாக தெரிவிக்க வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்து கொண்டிருக்கிறேன்.

நான் மேலே உள்ளவற்றைப் படித்துப் புரிந்து கொண்டிருக்கிறேன்.

கையொப்பம்	தேதி

PART 2. THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY YOUR BANK. (பகுதி 2. பின்வருவன உங்கள் வங்கியால் பூர்த்திசெய்யப்பட வேண்டும்.)

BANK TRANSIT/ROUTING NUMBER		BANK ACCOUNT NUMBER

I certify 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		