

**Autorisation de virement automatique**  
**Direct Deposit Authorization**

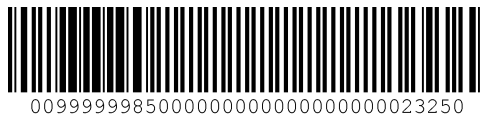
À L'ATTENTION DE :

NUMÉRO DE DOSSIER :

NUMÉRO INDIVIDUEL :

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir une carte de débit DCS   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir une virement automatique sur le compte bancaire indiqué ci-dessous.                              |                                       |  |
| PRÉNOM   | INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM           | NOM  |
| NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE   |                                       | DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)  |
| ADRESSE POSTALE  |                                       | APT. #   |
| VILLE  |                                       | ÉTAT<br>CODE POSTAL  |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE<br>( )  | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN JOURNÉE<br>( ) | ADRESSE E-MAIL (FACULTATIF)  |
| <input type="checkbox"/> Veuillez mettre à jour mon adresse dans le système de pension alimentaire avec l'adresse indiquée ci-dessus.          |                                       |  |
| SIGNATURE (OBLIGATOIRE)  |                                       | DATE   |
| Remplissez les informations ci-dessous si vous avez opté pour un virement électronique sur votre compte bancaire.<br>Joindre un chèque annulé. |                                       |  |
| NOM DE LA BANQUE   |                                       | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'AGENCE BANCAIRE<br>( )                                      |
| NUMÉRO D'ACHEMINEMENT BANCAIRE   | NUMÉRO DE COMPTE BANCAIRE             | <input type="checkbox"/> Compte courant<br><input type="checkbox"/> Compte d'épargne |
| Si vous avez des questions concernant le virement électronique ou la carte de débit DCS, veuillez appeler le 800-468-7422.                     |                                       |  |

Envoyer à :  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
EFT DISBURSEMENTS  
PO BOX 9010  
OLYMPIA WA 98507-9010  
Ou faxer au : 360-664-5109



Aucune personne en raison de la race, la couleur, l'origine nationale, la croyance, la religion, le sexe, l'âge ou le handicap, ne sera discriminée dans l'emploi, les services, ou n'importe quel aspect des activités du programme. Le présent formulaire est disponible sur demande en d'autres formats.