

**אישור הפקדה ישירה**  
**Direct Deposit Authorization**

אל:

מספר מקרה:

מספר אינדיבידואלי:

<input type="checkbox"/> אני רוצה כרטיס חיוב של ימי		<input type="checkbox"/> אני רוצה הפקדה ישירה לחשבון הבנק שלי הרשום מטה.	
שם פרטי		שם אמצעי	
שם משפחה			
מספר ביטוח לאומי		תאריך לידה(חודש/יום/שנה)	
כתובת דואר		APT. #	
עיר		מדינה	
מיקוד			
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בשעותהיום	
( )		( )	
מספר דואר אלקטרוני(אופציונלי)		כתובת דואר אלקטרוני(אופציונלי)	
<input type="checkbox"/> תעדכנו את הכתובת שלי במערכת מזונות הילדים לכתובת הרשומה לעיל.			
חתימה (חובה)		תאריך	
להכניס נתונים להלן אם בחרת בהפקדה ישירה לחשבון הבנק שלך. נא לצרף צ'ק שלא בתוקף.			
שם הבנק:		מספר הטלפון של סניף הבנק	
		( )	
מספר הניתוב של הבנק		מספר חשבון הבנק	
		<input type="checkbox"/> חשבון צ'קים <input type="checkbox"/> חסכונות	
אם יש לך שאלות בנוגע להפקדה ישירה או כרטיס החיוב של ימי, התקשר ל-800-468-7422.			



009999985000000000000000000023250

שלח מייל אל:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
EFT DISBURSEMENTS  
PO BOX 9010  
OLYMPIA WA 98507-9010  
או פקס אל: 360-664-5109

אסור ששום אדם יהיה מופלה לרעה בעבודה, שירותים, או כל היבט אחר של פעילויות התכנית, בגלל גזע, צבע, מוצא לאומי, אמונה, דת, מין, גיל, או מוגבלות. טופס זה זמין בפורמטים נוספים לפי בקשה.