

**Разрешение на прямое депонирование**  
**Direct Deposit Authorization**

КОМУ:

НОМЕР ДЕЛА:

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ НОМЕР:

<input type="checkbox"/> Я хочу получить дебетовую карточку		<input type="checkbox"/> Я желаю прямого депонирования средств на мой банковский счёт, указанный ниже.	
ИМЯ		ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД):	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС			КВ. №
ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ ЗВОНКОВ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ ( )	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ВЫБОРУ)	
<input type="checkbox"/> Обновите мой адрес в системе регистрации выплат алиментов; мой нынешний адрес указан выше.			
ПОДПИСЬ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)		ДАТА	
Если вы выбрали вариант прямого депонирования средств на свой банковский счёт, то внесите ниже требуемые сведения. Приложите аннулированный чек.			
НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА		ТЕЛЕФОН ОТДЕЛЕНИЯ БАНКА ( )	
КОД БАНКА	НОМЕР БАНКОВСКОГО СЧЕТА	<input type="checkbox"/> Чековый <input type="checkbox"/> Сберегательный	
С вопросами о прямом депонировании и дебетовой карточке обращайтесь по тел. 800-468-7422.			

Отправьте по почте:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
EFT DISBURSEMENTS  
PO BOX 9010  
OLYMPIA WA 98507-9010  
Или по факсу: 360-664-5109



0099999850000000000000000000000023250

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.