

**Autorización de Depósito Directo**  
**Direct Deposit Authorization**

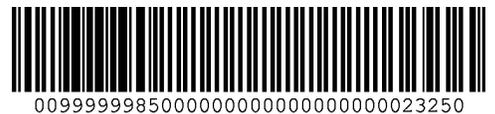
A:

NÚMERO DE CASO:

NÚMERO INDIVIDUAL:

<input type="checkbox"/> Deseo recibir una tarjeta de débito de DCS <input type="checkbox"/> Deseo que se realice Depósito Directo en mi cuenta bancaria mencionada a continuación.		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	
DIRECCIÓN POSTAL		APT. #
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO RESIDENCIAL (      )	TELÉFONO DURANTE EL DÍA (      )	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPTATIVO)
<input type="checkbox"/> Actualice mi dirección en el sistema de manutención para niños utilizando la dirección mencionada anteriormente.		
FIRMA (REQUERIDA)		FECHA
Ingrese la información a continuación si seleccionó depósito directo a su cuenta bancaria. Adjunte un cheque nulo.		
NOMBRE DEL BANCO	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA SUCURSAL DEL BANCO (      )	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Caja de ahorros	
Si tiene preguntas acerca del Depósito Directo o la tarjeta de débito de DCS, llame al 800-468-7422.		

Envíe por correo postal a:  
 DIVISION OF CHILD SUPPORT  
 EFT DISBURSEMENTS  
 PO BOX 9010  
 OLYMPIA WA 98507-9010  
 or Fax to: 360-664-5109



No se discriminará a ninguna persona para fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, nacionalidad, creencias, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.