



Rhode Island Department of Human Services
 Office of Child Care
 25 Howard Avenue, Edificio LP, 3^{er} Piso
 Cranston, R.I. 02920
 (401) 462-6877

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
ID del Proveedor:	Nombre:	Apellido:	
Nombre del Programa:		Teléfono Principal:	
Número y calle:			
Ciudad/Pueblo:		Estado:	Código Postal:

El Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Gestión Financiera está autorizado para iniciar el Depósito Directo de mis Pagos de Proveedores de Cuidado Infantil a mi cuenta en la Institución Financiera a continuación:

Institución financiera: (banco o cooperativa de crédito)			
Número y Calle:			
Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:	
Número de cuenta:	<input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Personal		

SELECCIONE UN TIPO DE CUENTA

<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques **	<p>ADJUNTE UN CHEQUE EN BLANCO NULO desde la cuenta de cheques a la que se realizará el depósito directo. Su nombre y dirección actual deben estar impresos en el cheque. Si no puede proporcionar un cheque anulado adecuado, debe proporcionar una carta de su institución financiera, que incluya su nombre, dirección, número de ruta bancaria y número de cuenta. <u>La carta debe contar con el membrete bancario y estar firmada por un representante del banco.</u> NO ENVÍE RECIBOS DE DEPÓSITO NI ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS. Su nombre debe aparecer en la cuenta y la cuenta debe estar en una institución financiera de los Estados Unidos.</p>
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros **	<p>ADJUNTE UNA CARTA DE SU INSTITUCION FINANCIERA con su nombre, dirección, número de ruta bancaria y número de cuenta. <u>La carta debe contar con el membrete bancario y estar firmada por un representante del banco.</u> NO ENVÍE RECIBOS DE DEPÓSITO NI ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS. Su nombre debe aparecer en la cuenta y la cuenta debe estar en una institución financiera de los Estados Unidos.</p>
<p><i>** Si el mismo pago ha sido depositado más de una vez en su cuenta, la oficina de cuidado infantil corregirá inmediatamente el error y le notificará de la eliminación de los fondos duplicados de su cuenta.</i></p>	

Firma del Proveedor

Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Posición/Título

Por favor, complete este formulario y envíe con toda la documentación requerida por correo electrónico o correo:
DHS.ChildCare@dhs.ri.gov o DHS Office of Child Care, 25 Howard Avenue, Edificio LP, 3^{er} Piso, Cranston RI 02920