



Rhode Island Department of Human Services
Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP-5 Direct Deposit Form

AUTHORIZATION FOR DIRECT DEPOSIT

PROVIDER INFORMATION

Provider ID:	First Name:	Last Name:
Program Name:	Primary Phone:	
Number & Street:		
City/Town:	State:	Zip Code:

The Department of Human Services, Office of Financial Management is authorized to initiate Direct Deposit of my Child Care Provider Payments to my account at the Financial Institution below:

Financial Institution: (bank or credit union)	
Number & Street:	
City/Town:	State: Zip Code:
Account Number:	<input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Personal

PLEASE SELECT AN ACCOUNT TYPE

<input type="checkbox"/> Checking Account **	ATTACH A VOIDED BLANK CHECK from the checking account to which the direct deposit will be made. Your name and current address must be printed on the check. If you cannot provide a proper voided check, you must provide a letter from your financial institution, which includes your name, address, bank routing number and account number. <u>The letter must be on bank letterhead and signed by a bank representative.</u> DO NOT SEND DEPOSIT SLIPS OR BANK STATEMENTS. Your name must appear on the account and the account must be with a United States financial institution.
<input type="checkbox"/> Savings Account **	ATTACH A LETTER FROM YOUR FINANCIAL INSTITUTION with your name, address, bank routing number and account number. <u>The letter must be on bank letterhead and signed by a bank representative.</u> DO NOT SEND DEPOSIT SLIPS OR BANK STATEMENTS. Your name must appear on the account and the account must be with a United States financial institution.

*** If the same payment has been deposited more than once into your account, child care will immediately correct the mistake and notify you of the removal of the duplicate funds from your account.*

Signature of Provider

Date

Printed Name

Position/Title

Please complete this form and submit with all required documentation via email or mail to:

DHS.ChildCare@dhs.ri.gov or DHS Office of Child Care, 25 Howard Avenue, LP Bldg. 1st Floor, Cranston RI 02920



Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP-5 Formulario de Depósito Directo

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 **	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.
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros **	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.

*** 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.*

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, 1er Piso, Cranston RI 02920