

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA DEPOSITO DIRECTO

INSTRUCCIONES

- Para solicitar el depósito directo, el destinatario debe leer el reverso de este formulario y debe llenar la información que se solicita en las secciones 1 y 2. Después debe entregar o enviar por correo este formulario a la institución financiera. La institución financiera verificará la información de las secciones 1 y 2 y llenará la sección 3. Una vez que haya completado el formulario, se debe regresar a la dependencia gubernamental que se indica en la parte inferior.
- Se debe llenar un formulario diferente para cada tipo de pago que se envíe por depósito directo.
- El número de reclamación y el tipo de pago se encuentra impreso en los cheques del gobierno. (Consulte la muestra al reverso de este formulario). Esta información también se encuentra en las cartas de asignación como beneficiario y otros documentos de la dependencia gubernamental.
- Los destinatarios deben informar a la dependencia gubernamental cualquier cambio de domicilio para poder recibir información importante acerca de los beneficios y mantener su derecho a los pagos.

SECCION 1 (DEBE SER LLENADA POR EL DESTINATARIO)

A. Nombre del destinatario (apellido paterno, nombres)		D. Tipo de cuenta del depositante Cheques (11 dígitos) Ahorros (9 dígitos)											
Dirección (calle, ruta, apartado postal, APO/FPO) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>												E. Número de cuenta del depositante (no deje espacios vacíos, ni utilice guiones o diagonales)	
Ciudad	Estado	Código Postal											
Número de teléfono Código de área		F. Tipo de pago (seleccione uno) __ Seguro Social __ Salario Fed. o pago civil militar __ Ingreso de seguridad complementario __ Mil. Activo _____ __ Jubilación de ferrocarriles __ Mil. Retirado _____ __ Retiro del servicio civil (OPM) __ Sobreviviente Mil. _____ __ Compensación o pensión VA __ Otro _____ (especifique)											
B. Nombre(s) de el/los derecho habiente(s)		G. Esta casilla es para registrar la asignación de pagos (cuando corresponda) Tipo Cantidad											
C. Número de identificación de la reclamación o de la nómina. Prefijo Sufijo		CERTIFICACION DE LOS DESTINATARIOS DE LA CUENTA MANCOMUNADA (opcional)											
CERTIFICACION DEL DESTINATARIO O DE LOS DESTINATARIOS DE LA CUENTA MANCOMUNADA Certifico que tengo derecho al pago arriba indicado y que he leído y entendido la información al reverso de este formulario. Autorizo a que se envíe mi pago a la institución financiera abajo nombrada y se deposite en la cuenta designada.		CERTIFICACION DE LOS DESTINATARIOS DE LA CUENTA MANCOMUNADA (opcional) Certifico que he leído y entiendo lo expresado al reverso de este formulario, inclusive El Aviso Especial a los Titulares de las Cuentas Mancomunadas.											
Firma	Fecha	Firma	Fecha										
Firma	Fecha	Firma	Fecha										

SECCION 2 (DEBE SER LLENADA POR EL DESTINATARIO O POR LA INSTITUCION FINANCIERA)

Nombre de la dependencia gubernamental	Dirección de la dependencia gubernamental
--	---

SECCION 3 (DEBE SER LLENADA POR LA INSTITUCION FINANCIERA)

Nombre y dirección de la institución financiera		Número de la ruta SECU LGFCU NCPFCU LCCU 253177049 253184537 253184922 053185503	
		Título de propiedad de la cuenta del depositante	
CERTIFICACION DE LA INSTITUCION FINANCIERA			
Confirmando la identidad del destinatario(s) arriba mencionado(s), el número de cuenta y el título de propiedad. Como representante de la institución financiera arriba mencionada, certifico que la institución financiera está de acuerdo en recibir y depositar el pago identificado en este documento de acuerdo a las leyes 31 CFR partes 240, 209 y 210.			
Escriba con letra de molde el nombre del representante	Firma del representante	Número de teléfono () -	Fecha

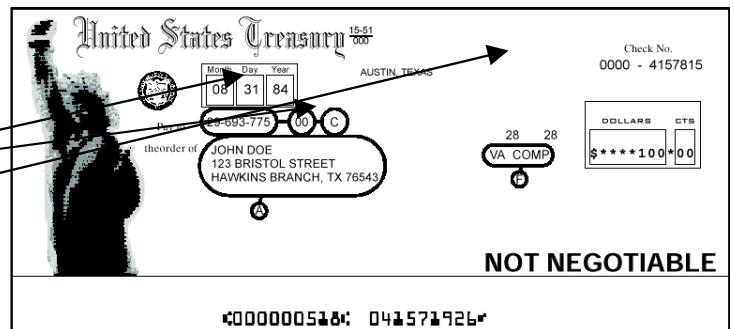
POR FAVOR LEA ESTO CUIDADOSAMENTE

Toda la información en este formulario, inclusive el número de reclamación es un requisito que se debe llenar para cumplir con las leyes 31 USC 3322, 31 CFR 209 y/o 210. La información es confidencial y es necesaria para comprobar que usted tiene derecho a los pagos. La información será utilizada para procesar la información de sus pagos de la dependencia federal a la institución financiera y/o a su agente. El no proporcionar la información solicitada puede afectar el procesamiento de este formulario y puede retrasar o prevenir el pago a través del depósito directo o del programa de transferencia de fondos.

INFORMACION EN LOS CHEQUES

La mayor parte de la información necesaria para llenar las casillas A, C y F en la sección 1 está impresa en el cheque que le envía el gobierno:

- C) Normalmente el número de reclamación se imprime en esta parte. Los sufijos aparecen en medio del número de reclamación.
- A) Verifique que la dirección en el cheque es su dirección actual.
- F) El tipo de pago normalmente se encuentra debajo de la cantidad.

**AVISO ESPECIAL A LOS TITULARES DE LAS CUENTAS MANCOMUNADAS**

Si muere uno de los beneficiarios, los titulares de la cuenta mancomunada deben notificar de inmediato a la dependencia gubernamental y a la institución financiera. Se deben regresar a la dependencia gubernamental los fondos que se depositen después de la fecha de la muerte o cuando dejen de calificar, excepto por los pagos de salarios. Entonces, la dependencia gubernamental determinará, calculará los pagos de beneficios al sobreviviente, cuando existan y comenzará los pagos de acuerdo a los derechos del sobreviviente.

CANCELACION

Esta autorización representa un acuerdo que permanece vigente hasta que el destinatario notifique por escrito su cancelación a la dependencia federal o a la muerte o incapacidad jurídica del destinatario. En el momento en que el destinatario decida cancelar el acuerdo, el destinatario debe notificar su decisión a la institución financiera receptora.

La institución financiera puede cancelar el acuerdo representado con esta autorización, sólo necesita notificar al destinatario por escrito 30 días antes de la fecha de cancelación. Inmediatamente el destinatario debe notificar a la dependencia federal si la institución financiera canceló la autorización. La institución financiera no puede cancelar la autorización por solicitud de la dependencia gubernamental.

CAMBIO DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA RECEPTORA

La institución financiera seleccionada continuará recibiendo el depósito directo del destinatario hasta que el destinatario notifique a la dependencia gubernamental su deseo de cambiar de institución financiera receptora de los depósitos directos. Para realizar este cambio, el destinatario debe llenar un nuevo formulario SF1199A en la nueva institución financiera de su elección. Se recomienda que el destinatario mantenga abiertas las cuentas en ambas instituciones financieras hasta que se concluya la transacción, o sea, hasta que la nueva institución financiera reciba el pago del destinatario por depósito directo.

DECLARACIONES FALSAS O RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

La ley federal impone una multa menor de \$10,000 dólares o prisión hasta por cinco (5) años o ambas a las personas que presenten una declaración falsa o presenten una reclamación fraudulenta.