



Richiedi il pagamento delle indennità per infortuni sul lavoro mediante accredito diretto!

Accredito diretto

New York State Insurance Fund

nysif.com

ACCREDITO DIRETTO

NYSIF offre ai richiedenti l'accredito diretto per poter ricevere l'indennità lavorativa. In collaborazione con gli istituti finanziari, NYSIF può accreditare il versamento direttamente sul proprio conto bancario. E' possibile anche scegliere di distribuire i versamenti su due conti bancari (in percentuale).

REQUISITI PER LA TIPOLOGIA DI CONTO

E' necessario effettuare il versamento in un conto Corrente o di Risparmio. Inserire tutte le informazioni nel modulo di accredito diretto, includendo le coordinate bancarie e il numero di conto bancario (vedi figura). Contattare la propria banca per assistenza.

YOUR NAME 1234 Main Street Anywhere, OH 00000 DATE _____ 123

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____ DOLLARS

044072324 000123456789 123

ROUTING NUMBER **ACCOUNT NUMBER** **CHECK NUMBER**

Cod. bancario N. conto

ANNULLAMENTO

Il presente accordo rimane effettivo fino ad annullamento. Per l'annullamento, visitare nysif.com, registrarsi come richiedente e selezionare l'opzione "unsubscribe from direct deposit" ("annullamento dell'accredito diretto"). Inoltre, è possibile effettuare l'annullamento contattando il responsabile della propria pratica tramite nysif.com, utilizzando i nostri Quick Links (Links Rapidi) in "Get Claims Help" ("Richiedi Assistenza") Il presente accordo può essere annullato anche da NYSIF o dal proprio istituto bancario. In entrambi i casi, riceverà gli assegni successivi per posta. L'annullamento può essere elaborato in un massimo di tre settimane.

MODIFICHE RIGUARDANTI IL CONTO

Hai la responsabilità di comunicare al NYSIF eventuali modifiche alle informazioni riguardanti il tuo conto bancario (cambio del numero di conto, istituto finanziario, etc.). Avvisa il NYSIF presentando una nuova richiesta di accredito diretto, disponibile sul sito nysif.com.

Se cambi conto o istituto finanziario, dovrai conservare il tuo vecchio conto finché su quello nuovo non verrà effettuato il successivo accredito diretto. Se non mantieni il vecchio conto, potresti riscontrare un ritardo nel pagamento fino a quando non entrerà in vigore la nuova autorizzazione per l'accredito diretto.

VERIFICA PERIODICA

Il NYSIF potrà contattarti periodicamente per la conferma delle informazioni riguardanti il tuo conto di accredito diretto. Se il beneficiario non è più in vita, comunicalo immediatamente al NYSIF.

NEW YORK STATE INSURANCE FUND RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCREDITO DIRETTO

PER RICEVERE L'ACCREDITO DIRETTO DEI SUSSIDI, COMPILARE QUESTO MODULO IN OGNI SUA PARTE E RESTITUIRLO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO IN BASSO. PER ULTERIORI INFORMAZIONI SUI PROPRI DIRITTI RIGUARDANTI L'ACCREDITO DIRETTO, VISITARE IL SITO **NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT**.

GENERALITÀ (NOME, 2° NOME, COGNOME): _____ **N. RICH. INDENNITÀ INF. NYSIF:** _____

INDIRIZZO (NON INDICARE CASELLE POSTALI): _____

CITTÀ: _____ **STATO:** _____ **ZIP:** _____

INDIRIZZO E-MAIL: _____ **TEL:** _____

Inserire tutte le informazioni, includendo il numero di conto bancario e le coordinate bancarie. Contattare il proprio istituto bancario in caso si necessita di assistenza nel compilare la sezione. **Facoltativo:** Se si desidera dividere i versamenti su due conti bancari, compilare entrambi i campi relativi agli istituti bancari. La percentuale di distribuzione deve avere un totale del 100% (per esempio, il 75% nel primo conto e il 25% nel secondo conto). Nel caso in cui il suo conto bancario non fosse più disponibile, l'importo dovuto sarà inviato tramite assegno.

CONTO DI ACCREDITO DIRETTO n.1 (scegliere il conto corrente o di risparmio): [] Conto corrente [] Conto di Risparmio

Distribuzione _____ % dell'assegno

NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____

Coordinate: _____ Conto n.: _____

CONTO DI ACCREDITO DIRETTO n.2 (scegliere il conto corrente o di risparmio): [] Conto corrente [] Conto di Risparmio

Distribuzione _____ % dell'assegno

NOME DELL'ISTITUTO FINANZIARIO: _____

Coordinate: _____ Conto n.: _____

CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO

Firmando il presente modulo, autorizzo NYSIF all'accredito diretto presso (gli) l'istituto finanziario(i) indicato(i) sopra per l'accredito nel(i) conto(i) bancario(i) scelto(i). Certifico che ho diritto a ricevere le indennità o i benefici stabiliti, e che le circostanze che mi danno diritto alle indennità da parte di NYSIF non sono cambiate. Nel caso in cui le circostanze che mi danno diritto alle indennità cambiassero, invierò notifica a NYSIF. Comprendo che per richiedere l'accredito diretto, devo fornire un indirizzo email. Inviando la presente richiesta, acconsento a ricevere notifiche elettroniche all'indirizzo email fornito.

FIRMA: _____

DATA: _____

SPEDIRE LA RICHIESTA COMPILATA A:

NYSIF

PO Box 66699

Albany, NY 12206