



直接存款

New York State Insurance Fund

nysif.com

透過直接存款來申領您的殘障福利金！

紐約州保險基金 (NYSIF) 提供直接付款方式，供殘障福利金申領人取得殘障福利金。透過和您的金融機構一同合作，NYSIF 能直接將福利金款項直接存入您的銀行帳戶。

帳戶種類需求

請選擇一種帳戶：**支票**或**儲蓄**。完成直接存款單的所有資訊，包括您的受款銀行代碼和帳號(請參見圖示)。若您需要任何協助，請聯絡您的銀行。



取消

本協議在取消前將持續生效。若要取消您的協議，請前往 nysif.com，以申領人身分註冊後選擇「取消訂閱直接存款」選項。除此之外，您也可以使用 nysif.com 中「找到我的個案管理人」之快速連結，藉此聯絡您的 NYSIF 個案管理人。NYSIF 或您的金融機構也得取消本協議。無論如何，之後的福利金支票將會以郵件寄送。取消流程可能需費時最多三週。

對您的帳戶進行變更

若您的銀行帳戶資訊有任何變動 (帳號變更、金融機構變更等)，您有責任通知 NYSIF。提交新的直接存款申請表，藉以通知 NYSIF，申請表可在 nysif.com 上找到。

若您變更了帳戶或金融機構，在您的新帳戶收到下一筆直接存款款項前，您應該先保留您的舊帳戶。若您未保留舊帳戶，在新的直接存款授權生效前，您可能會經歷款項上的延遲。

定期驗證

NYSIF 可能會定期聯絡您，以驗證和您直接存款帳戶相關的資訊。如果受款人已經過世，請立即通知 NYSIF。

若要以直接存款方式領取福利金，請完成這份申請表，並將其寄回下方所列之地址。針對您要求直接存款的權利，若需要更多資訊，請前往 NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT。

姓名 (名字、中間名、姓氏): _____	NYSIF 殘障福利金申領號碼: _____
住家地址 (請勿使用郵政信箱): _____	
城市: _____	州: _____ 郵遞區號: _____
電子郵件地址: _____	
電話: _____	
直接存款帳戶設定 (只能選擇一項): <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 儲蓄	
(請填寫所有資訊，包括您的帳號以及受款銀行代碼。若您在完成本部分時需要任何協助，請聯絡您的金融機構。)	
金融機構名稱: _____	
受款銀行代碼 _____	帳號 _____
存款人/受款人證明與授權	
在本申請表上簽名，本人授權紐約州保險基金直接將款項存入上方所述的金融機構之指定帳戶中。本人保證具備收受上記補償款項或和解收益之資格，而賦予本人自 NYSIF 處領取福利金之身分條件並未改變。若此身分條件有任何改變，以致影響我收受此款項的資格有所變更，我必須通知 NYSIF。我瞭解若要申請直接存款，我必須提供電子郵件地址。透過提交本申請表，我同意透過所提供的電子郵件地址收取電子通知。	
簽名: _____	日期: _____

請將完成後的申請表寄至：

DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLIEET AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649