



¡ Obtenga el pago de su indemnización laboral mediante un depósito directo!

Depósito directo

New York State Insurance Fund
nysif.com

DEPÓSITO DIRECTO

El NYSIF ofrece depósito directo para que los reclamantes reciban los beneficios de indemnización laboral. En colaboración con su institución financiera, el NYSIF puede depositar los pagos de beneficios directamente en su cuenta bancaria. Incluso, usted puede optar por distribuir sus pagos entre dos cuentas bancarias (por porcentaje).

REQUERIMIENTOS PARA EL TIPO DE CUENTA

Usted debe depositar su pago en una cuenta **corriente** o cuenta **de ahorro**. Complete toda la información en el formulario de depósito directo, incluso su número de ruta bancaria y número de cuenta (véase la ilustración). Si necesita ayuda, comuníquese con su banco.

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**

N.º de enrutamiento N.º de cuenta

CANCELACIÓN

Este acuerdo seguirá vigente hasta que se cancele. Para cancelar su acuerdo, visite **nysif.com**, regístrese como reclamante y seleccione la opción “Unsubscribe from direct deposit”/Cancelar suscripción al depósito directo.” Además, puede hacer la cancelación poniéndose en contacto con su gestor de caso del NYSIF en **nysif.com** con nuestros Enlaces Rápidos a “Get Claims Help”/Obtener ayuda con las reclamaciones. Este acuerdo también puede ser cancelado por el NYSIF o por su institución financiera. En ambos casos, usted recibirá los cheques subsecuentes por correo. El proceso de cancelación puede demorar hasta tres semanas.

CAMBIOS EN SU CUENTA

Usted es responsable de notificarle a NYSIF si ocurre algún cambio en la información de su cuenta bancaria (cambio en el número de cuenta, institución financiera, etc.). Debe notificarle a NYSIF enviando una nueva solicitud de depósito directo, disponible en nysif.com.

Si cambia de cuenta o de institución financiera, debe mantener su cuenta anterior hasta que reciba el pago por depósito directo en su nueva cuenta. Si no mantiene su cuenta anterior, puede producirse un retraso en el pago hasta que se efectúe la autorización de su nuevo depósito directo.

VERIFICACIÓN PERIÓDICA

NYSIF puede comunicarse con usted de manera periódica para validar la información sobre su cuenta de depósito directo. Si el beneficiario no estuviera vivo, debe notificarle a NYSIF de inmediato.

PARA RECIBIR UN DEPÓSITO DIRECTO DE LOS BENEFICIOS, COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y DEVUÉLVALO A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS CON RESPECTO AL DEPÓSITO DIRECTO, INGRESE A NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO): _____

NÚMERO DE RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE NYSIF: _____

DIRECCIÓN PERSONAL (NO UTILICE LA CASILLA DE CORREOS): _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____ **TELÉFONO:** _____

Solicitud de autorización de depósito directo

Ingrese toda la información, incluso su número de cuenta y número de ruta bancaria. Si necesita ayuda para completar esta sección, póngase en contacto con su institución financiera. Opcional: si desea dividir sus pagos entre dos cuentas bancarias, complete ambos grupos de los campos relacionados al banco. El porcentaje de distribución debe dar como resultado el 100% (por ejemplo, un 75% en la cuenta #1 y un 25% en la cuenta #2). Si en algún momento su cuenta bancaria no se encuentra disponible, el monto debido se enviará en un cheque.

CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO #1 (elija cuenta corriente o ahorros): Cuenta corriente Ahorros Distribución _____% del cheque

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

de ruta: _____ # de cuenta: _____

CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO #2 (elija cuenta corriente o ahorros): Cuenta corriente Ahorros Distribución _____% del cheque

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

de ruta: _____ # de cuenta: _____

CERTIFICACIÓN & AUTORIZACIÓN DE DEPOSITANTE/BENEFICIARIO

Al firmar este formulario, autorizo a que el NYSIF dirija los pagos a la(s) institución(es) financiera(s) antes mencionada(s) para realizar depósitos en la(s) cuenta(s) mencionada(s). Certifico que tengo derecho a recibir los pagos de indemnizaciones o conciliaciones subyacentes y que las circunstancias que me dan derecho a recibir los beneficios del NYSIF no han cambiado. En caso de que cambien las circunstancias que afectan el derecho a recibir los pagos, debo notificárselo al NYSIF. Entiendo que, para solicitar el depósito directo, debo proporcionar una dirección de correo electrónico. Al presentar esta solicitud, otorgo mi consentimiento para recibir notificaciones electrónicas al correo electrónico provisto.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

ENVIAR SOLICITUD COMPLETA A:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206