



장애인 수당을 계좌입금으로 지급 받으십시오!

자동 계좌 입금

New York State Insurance Fund

nysif.com

NYSIF는 장애인 수당 청구인이 장애인 수당을 받을 수 있는 자동이체 서비스를 제공합니다. 이용하시는 금융기관의 협조를 통해 자동이체로 여러분의 수당을 지급받으실 수 있습니다.

계좌 유형 요건

다음 중 한 가지 계좌만 선택: **당좌 예금 계좌** 또는 **보통 예금 계좌**. 자동이체 신청 양식에 은행 라우팅 번호, 계좌번호를 비롯한 모든 정보를 기입하시기 바랍니다(그림 참조). 도움이 필요하시면 은행에 문의하십시오.



라우팅 번호 계좌번호

해지

본 계약은 해지하실 때까지 유효합니다. 계약을 해지하려면 nysif.com을 방문하여 청구인으로 등록 후 “자동이체 신청 해지” 항목을 선택하십시오. 또한, nysif.com에서 쿼 링크의 “내 케이스 관리자 찾기”를 이용해 귀하의 NYSIF 케이스 관리자에게 문의하여 해지하셔도 됩니다. 또한 본 계약은 NYSIF 나 해당 금융기관에 의해 해지될 수도 있습니다. 두 경우 모두 자동 입금 대신 우편으로 다음 회차 수표를 수령하시게 됩니다. 해지 절차는 최대 3주까지 소요될 수 있습니다.

계좌 변경

귀하는 계좌번호, 금융기관 등의 변경 등 은행 계좌 정보에 변동사항이 있는 경우 이를 NYSIF에 고지할 의무가 있습니다. nysif.com에서 이용 가능한 신규 자동이체 신청서를 제출하여 NYSIF에 고지하십시오.

계좌 또는 금융기관 변경 시 귀하는 신규 계좌로 다음 회차의 수당을 받을 때까지 기존 계좌를 유지해야 합니다. 기존 계좌를 유지하지 않으면 신규 자동이체 계좌 승인의 효력이 발생할 때까지 지급이 지연될 수 있습니다.

주기적 검증

NYSIF는 자동이체 계좌 관련 정보를 인증하기 위해 주기적으로 귀하에게 연락을 취할 것입니다. 수급자가 사망한 경우 NYSIF에 즉시 고지하십시오.

수당을 자동이체로 지급받기 위해서는 본 신청서를 전부 작성하셔서 아래 제시된 주소로 회신하십시오. 자동이체 관련 권리에 대한 상세한 정보를 원하시면 NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT을 방문하십시오.

| | |
|--|--------------------------|
| 성명 (이름, 중간 이름, 성): _____ | NYSIF 장애인 수당 청구번호: _____ |
| 자택 주소 (PO BOX 제외): _____ | |
| 시: _____ | 주: _____ |
| 우편번호: _____ | |
| 이메일: _____ | |
| 전화: _____ | |
| 자동 입금 계좌 설정 (한 가지만 선택): <input type="checkbox"/> 당좌 예금 계좌 <input type="checkbox"/> 보통 예금 계좌 (귀하의 계좌번호, 은행 라우팅 번호를 포함한 모든 정보를 기입하십시오. 본 항목 작성에 도움이 필요할 경우 해당 금융기관에 문의하시기 바랍니다.) | |
| 금융기관명: _____ | |
| 라우팅 번호 _____ | 계좌번호 _____ |
| 예금주 증명 및 허가 사항 | |
| <p>본 문서에 서명함으로써, 본인은 뉴욕 주립 보험 기금(NYSIF) 지급액이 위 지정된 금융기관 내 지정 계좌로 자동이체되는 것을 허가하며, 본인은 해당 보상 지급액 혹은 합의금에 대한 수급 권리가 있으며 NYSIF로부터 수당을 지급받는 자격 조건에 변동이 없음을 증명합니다. 지급액 수급 자격에 영향을 끼칠 만한 상황 발생 시 본인은 NYSIF에 반드시 고지해야 합니다. 본인은 자동이체 신청을 위해 이메일 주소를 반드시 제공해야 함을 이해합니다. 본 신청서를 제출함으로써 본인은 제공한 이메일 주소로 온라인 공지를 받는 것에 동의합니다.</p> | |
| 서명: _____ | 날짜: _____ |

작성한 신청서는 아래 주소로 보내주십시오.

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