



Uzyskaj płatność roszczenia o zasiłki z tytułu niezdolności do pracy przelewem bankowym!

## Przelew bankowy

New York State Insurance Fund

nysif.com

NYSIF oferuje opcję przelewu bankowego zasiłku z tytułu niezdolności do pracy dla osób ubiegających się o tego typu świadczenia. Przy współpracy z naszymi instytucjami finansowymi, NYSIF może dokonać przelewu zasiłków bezpośrednio na konto bankowe.

### WYMAGANIA DOTYCZĄCE RODZAJU KONTA

Należy wybrać wyłącznie jedno konto: rachunek bieżący lub oszczędnościowy. Wypełnić wszystkie informacje na formularzu przelewu bankowego, włączając nr rozpoznawczy banku oraz numer rachunku (patrz ilustracja). W przypadku konieczności uzyskania pomocy należy skontaktować się z bankiem.



Nr rozpoznawczy banku      Nr konta

### ANULOWANIE

Niniejsza umowa pozostaje ważna do czasu jej anulowania. Aby anulować umowę, należy przejść na stronę nysif.com, zarejestrować się jako świadczeniobiorca i wybrać opcję „unsubscribe from direct deposit” (rezygnacja z przelewu bankowego). Ponadto, istnieje możliwość anulowania umowy poprzez kontakt z menedżerem sprawy NYSIF, korzystając z szybkich łącz „Find My Case Manager” (znajdź menedżera mojej sprawy) na stronie nysif.com. Umowa może zostać również anulowana przez NYSIF lub przez instytucję finansową. W każdym przypadku kolejne czeki zostaną przesłane pocztą. Przetworzenie żądania anulowania może potrwać do trzech tygodni.

### ZMIANY DOTYCZĄCE RACHUNKU BANKOWEGO

W przypadku jakichkolwiek zmian informacji dotyczących rachunku bankowego (zmiana numeru konta, instytucji finansowej itp.), należy powiadomić NYSIF. Można powiadomić NYSIF przez wysłanie nowego wniosku o przelew bankowy, dostępnego na stronie nysif.com.

W przypadku zmiany konta lub instytucji finansowej należy zachować poprzednie konto do czasu otrzymania kolejnej płatności przelewem na nowy rachunek bankowy. Jeśli poprzednie konto nie zostanie zachowane, może wystąpić opóźnienie w realizacji płatności do czasu autoryzacji nowego bezpośredniego przelewu bankowego.

### OKRESOWA WERYFIKACJA

NYSIF może okresowo kontaktować się z Państwem w celu sprawdzenia informacji dotyczących rachunku do bezpośredniego przelewu bankowego. Jeśli odbiorca pieniędzy nie żyje, należy niezwłocznie powiadomić NYSIF.

ABY OTRZYMAĆ ZASIŁKI W FORMIE PRZELEWU BANKOWEGO, NALEŻY WYPEŁNIĆ TEN FORMULARZ W CAŁOŚCI I ZWRÓCIĆ GO NA ADRES WSKAZANY PONIŻEJ. W CELU UZYSKANIA DODATKOWYCH INFORMACJI NA TEMAT PRAW W ODNIESIENIU DO BEZPOŚREDNIEGO PRZELEWU BANKOWEGO NALEŻY PRZEJŚĆ NA STRONĘ NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

IMIĘ I NAZWISKO (IMIĘ, DRUGIE IMIĘ, NAZWISKO):	NR ROSZCZENIA NYSIF O ZASIŁKI Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:	
ADRES ZAMIESZKANIA (NIE UŻYWAĆ SKRZYNKI POCZTOWEJ): _____		
MIASTO: _____	STAN: _____	KOD POCZTOWY: _____
ADRES E-MAIL: _____		
NR TEL.: _____		
RODZAJ KONTA DO BEZPOŚREDNIEGO PRZELEWU BANKOWEGO (WYBRAĆ TYLKO JEDEN): <input type="checkbox"/> RACHUNEK BIEŻĄCY <input type="checkbox"/> RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWY		
(WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE INFORMACJE, WŁĄCZAJĄC NR KONTA I NUMER ROZPOZNAWCZY BANKU. W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI UZYSKANIA POMOCY W WYPEŁNIENIU TEJ CZĘŚCI, NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z INSTYTUCJĄ FINANSOWĄ).		
NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ: _____		
NR ROZPOZNAWCZY BANKU _____	NR KONTA _____	
<b>CERTYFIKAT I UPOWAŻNIENIE DEPONENTA/ODBIORCY PŁATNOŚCI</b>		
PODPISUJĄC TEN FORMULARZ, UPOWAŻNIAM FUNDUSZ UBEZPIECZENIOWY STANU NOWY JORK DO WYSYŁANIA PŁATNOŚCI DO INSTYTUCJI FINANSOWEJ WYMIENIONEJ POWYŻEJ, DEPONENTOWANIA ICH NA WYZNACZONYM KONCIE. POTWIERDZAM, ŻE JESTEM UPOWAŻNIONY(-A) DO OTRZYMYWANIA PONIŻSZEJ PŁATNOŚCI Z TYTUŁU ODSZKODOWANIA LUB WPŁATY PIENIĘŻNEJ Z TYTUŁU POROZUMIENIA ORAZ ŻE OKOLICZNOŚCI UPOWAŻNIAJĄCE MNIE DO OTRZYMYWANIA ZASIŁKU NYSIF NIE ULEGŁY ZMIANIE. W PRZYPADKU ZMIANY OKOLICZNOŚCI, KTÓRE MOGŁYBY WPŁYNAĆ NA UPRAWNIENIE DO OTRZYMYWANIA PŁATNOŚCI, MUSZĘ POWIADOMIĆ NYSIF. ROZUMIEM, ŻE ABY UBIEGAĆ SIĘ O BEZPOŚREDNI PRZELEW BANKOWY MUSZĘ PODAĆ ADRES E-MAIL. SKŁADAJĄC NINIEJSZY WNIOSEK, WYRAŻAM ZGODĘ NA OTRZYMYWANIE POWIADOMIEŃ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ NA PODANY ADRES E-MAIL.		
PODPIS: _____	DATA: _____	

**WYŚLAĆ WYPEŁNIONY WNIOSEK POCZTĄ NA ADRES:  
DOCUMENT CONTROL CENTER  
NEW YORK STATE INSURANCE FUND  
1 WATERVLIEET AVENUE EXT.  
ALBANY, NY 12206-1649**