



¡Obtenga el pago de su **reclamo de beneficios por discapacidad** mediante un depósito directo!

Depósito directo

New York State Insurance Fund
nysif.com

NYSIF ofrece un depósito directo para que las personas que soliciten beneficios por discapacidad puedan recibirlos. En colaboración con su institución financiera, NYSIF puede depositar los pagos de sus beneficios directamente en su cuenta bancaria.

REQUISITOS PARA CADA TIPO DE CUENTA

Elija solo un tipo de cuenta: Cuenta corriente o cuenta de ahorro. Complete toda la información que se solicita en el formulario de depósito directo, incluido su número de enrutamiento bancario y su número de cuenta (consulte la ilustración). Si necesita asistencia, comuníquese con su banco.



N.º de enrutamiento

N.º de cuenta

CANCELACIÓN

Este acuerdo permanecerá vigente hasta que se cancele. Para cancelar su acuerdo, visite nysif.com, ingrese como solicitante y seleccione la opción “Cancelar la inscripción al depósito directo”. También puede cancelarlo comunicándose con su administrador de casos de NYSIF en nysif.com mediante nuestros Vínculos rápidos a “Encontrar a mi administrador de casos”. Este acuerdo también puede ser cancelado por NYSIF o por su institución financiera. En cualquier caso, recibirá 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 BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE NYSIF: _____	
DIRECCIÓN PERSONAL (NO UTILICE LA CASILLA DE CORREOS): _____		
CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____		
TELÉFONO: _____		
ESTABLECIMIENTO DE UNA CUENTA PARA DEPÓSITOS DIRECTOS (ELIJA SOLO UNA OPCIÓN): <input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORRO		
(COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN, INCLUIDO SU NÚMERO DE CUENTA Y EL NÚMERO DE ENRUTAMIENTO BANCARIO. SI NECESITA ASISTENCIA PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN, COMUNÍQUESE CON SU INSTITUCIÓN FINANCIERA).		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____		
N.º DE ENRUTAMIENTO _____	N.º DE CUENTA _____	
CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO/PERSONA QUE REALIZA EL DEPÓSITO		
AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO A NEW YORK STATE INSURANCE FUND A EFECTUAR PAGOS DIRECTOS A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA MENCIONADA ANTERIORMENTE PARA REALIZAR DEPÓSITOS EN LA CUENTA DESIGNADA. CERTIFICO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR LAS COMPENSACIONES O LOS PAGOS PROVENIENTES DE MEDIDAS CONCILIATORIAS SUBYACENTES, Y QUE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME DAN DERECHO A OBTENER ESTOS BENEFICIOS NO HAN CAMBIADO. EN CASO DE QUE CAMBIEN LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME DAN DERECHO A RECIBIR LOS PAGOS, DEBO NOTIFICÁRSELO A NYSIF. COMPRENDO QUE PARA SOLICITAR DEPÓSITOS DIRECTOS DEBO BRINDAR UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. AL ENVIAR ESTA SOLICITUD, BRINDO MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROPORCIONADA.		
FIRMA: _____	FECHA: _____	

ENVIAR SOLICITUD COMPLETA A:
DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLIET AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649