



**Obtenez le paiement de  
votre demande de prestations  
d'invalidité par dépôt direct !**

## Dépôt direct

### Fonds d'assurance de l'État de New York

La NYSIF offre le dépôt direct aux demandeurs de prestations d'invalidité pour qu'ils puissent recevoir leurs prestations d'invalidité. En coopération avec votre institution financière, la NYSIF peut déposer les paiements de prestations directement sur votre compte bancaire.

#### EXIGENCES RELATIVES AU TYPE DE COMPTE

Choisissez un seul compte : **Chèque ou Epargne**. Remplissez toutes les informations du formulaire de dépôt direct, y compris le numéro de routage et le numéro de votre compte bancaire (voir illustration). Contactez votre banque si vous avez besoin d'aide.

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**

#### ANNULATION

Cet accord reste en vigueur jusqu'à ce qu'il soit annulé. Pour annuler votre accord, visitez [nysif.com](http://nysif.com), inscrivez-vous en tant que demandeur et sélectionnez l'option "se désinscrire du dépôt direct". De plus, vous pouvez annuler en contactant votre gestionnaire de dossier NYSIF sur [nysif.com](http://nysif.com) en utilisant nos liens rapides pour "Trouver mon gestionnaire de cas". Cet accord peut également être annulé par le NYSIF ou par votre institution financière. Dans les deux cas, vous recevrez des chèques ultérieurs par la poste. Le traitement d'une annulation peut prendre jusqu'à trois semaines.

#### MODIFICATIONS DE VOTRE COMPTE

Il vous incombe d'informer le NYSIF de toute modification des informations relatives à votre compte bancaire (changement de numéro de compte, d'institution financière, etc.). Avisez le NYSIF en soumettant une nouvelle demande de dépôt direct, disponible sur [nysif.com](http://nysif.com).

Si vous changez de compte ou d'institution financière, vous devez maintenir votre ancien compte jusqu'à ce que votre nouveau compte reçoive votre prochain paiement par dépôt direct. Si l'ancien compte n'est pas maintenu, vous risquez de subir un retard de paiement jusqu'à ce que votre nouvelle autorisation de dépôt direct prenne effet.

#### VÉRIFICATION PÉRIODIQUE

Le NYSIF peut vous contacter périodiquement pour valider les informations concernant votre compte de dépôt direct. Si le bénéficiaire n'est plus en vie, informez-en le NYSIF immédiatement.

**DEMANDE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT DU FONDS D'ASSURANCE DE L'ÉTAT DE NEW YORK**  
POUR BÉNÉFICIER DU DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS, REMPLISSEZ CE FORMULAIRE DANS SON  
INTÉGRALITÉ ET RENVOYEZ-LE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS. POUR DE PLUS AMPLES  
INFORMATIONS SUR VOS DROITS CONCERNANT LE DÉPÔT DIRECT, ALLEZ SUR  
NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

**NOM** (PRENOM, SURNOM, NOM): \_\_\_\_\_

**NUMÉRO DE DEMANDE DE PRESTATIONS  
D'INVALIDITÉ DU NYSIF:** \_\_\_\_\_

**ADRESSE DU DOMICILE** (NE PAS UTILISER LA  
BOÎTE POSTALE) \_\_\_\_\_

**VILLE:** \_\_\_\_\_ **ÉTAT:** \_\_\_\_\_ **CODE POSTALE:** \_\_\_\_\_

**ADRESSE ELECTRONIQUE:** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE:** \_\_\_\_\_

**CONFIGURATION D'UN COMPTE DE DÉPÔT DIRECT** (CHOISIR UN SEUL) :       **CHÈQUE**       **EPARGNE**

(REPLISSEZ TOUTES LES INFORMATIONS, Y COMPRIS VOTRE NUMÉRO DE COMPTE ET VOTRE NUMÉRO DE ROUTAGE BANCAIRE.  
CONTACTEZ VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CETTE SECTION.)

**NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE:** \_\_\_\_\_

**ROUTAGE #** \_\_\_\_\_ **COMPTE #** \_\_\_\_\_

### **CERTIFICATION ET AUTORISATION DU DÉPOSANT/BÉNÉFICIAIRE**

EN SIGNANT CE FORMULAIRE, J'AUTORISE LE FONDS D'ASSURANCE DE L'ÉTAT DE NEW YORK À DIRIGER  
LES PAIEMENTS VERS L'INSTITUTION FINANCIÈRE NOMMÉE CI-DESSUS POUR DÉPÔT SUR LE COMPTE  
DÉSIGNÉ. JE CERTIFIE QUE J'AI LE DROIT DE RECEVOIR LES PAIEMENTS D'INDEMNISATION SOUS-JACENTS  
OU LE PRODUIT DU RÈGLEMENT, ET QUE LES CIRCONSTANCES ME DONNANT DROIT AUX AVANTAGES DE  
NYSIF N'ONT PAS CHANGÉ. DANS LE CAS OÙ LES CIRCONSTANCES QUI AFFECTERAIENT LE DROIT DE  
RECEVOIR DES PAIEMENTS ONT CHANGÉ, JE DOIS EN INFORMER LE NYSIF. JE COMPRENDS QUE POUR  
DEMANDER DES DÉPÔTS DIRECTS, JE DOIS FOURNIR UNE ADRESSE ÉLECTRONIQUE. EN SOUMETTANT  
CETTE DEMANDE, JE CONSENS À RECEVOIR DES NOTIFICATIONS ÉLECTRONIQUES À L'ADRESSE  
ÉLECTRONIQUE FOURNIE.

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**ENVOYEZ LE FORMULAIRE REMPLI À:**  
**NYSIF**  
**PO Box 66699**  
**Albany, NY 12206**