



## Autorización de Depósito Directo

Marque la casilla correspondiente:  NUEVO  CAMBIO

Apellido	Nombre	Nombre del negocio con CCRC		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Seguro Social o Número de Identificación Personal de Contribuyente (ITIN)	Número de Teléfono	Correo Electrónico		

(Para uso de CCRC )

**APID#**

**PID#**

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

TIPO DE CUENTA (marque sólo una casilla):  Cheques  Ahorros

Número de Cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Ruta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Yo autorizo de acuerdo con las normas y reglamentos de la Asociación Nacional de Centros de Información Automatizada ("NACHA") Child Care Resource Center ("CCRC"), para acreditar cualquier pago que se me deba a través de una transferencia electrónica de fondos de la cámara de compensación automática ("ACH") el banco y la cuenta bancaria de mi propiedad mencionados anteriormente. Además, yo autorizo a CCRC a retirar fondos de la cuenta bancaria mencionada anteriormente que tengo en mi poder a través de débito ACH. Dichos débitos están autorizados solo para realizar transacciones financieras legítimas y apropiadas entre CCRC y yo, lo que incluye, entre otros, la recuperación de sobrepagos. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la cancele.

Nota: Entiendo que Child Care Resource Center (CCRC) requiere diez (10) días hábiles para establecer esta autorización inicial y dos (2) días hábiles para que los fondos estén disponibles luego de una transferencia electrónica de fondos de ACH. Se debe completar una nueva autorización si cambio mi cuenta bancaria, cierro mi cuenta bancaria, cambio instituciones financieras o cambio mi número de seguro social o número de identificación fiscal. Entiendo que si NO notifico a CCRC sobre los cambios en la información de mi cuenta por lo menos quince (15) días hábiles antes de la fecha de pago programada, mi depósito directo puede demorarse hasta el PRÓXIMO programa de pago y/o puede ser dirigido erróneamente a una cuenta bancaria antigua o instituto financiero.

→→\*\*VERIFICACIÓN BANCARIA REQUERIDA: he adjuntado; CHEQUE PREIMPRESO Y ANULADO, DECLARACIÓN O OTRA FORMA DE VERIFICACIÓN DE MI BANCO COMO PRUEBA DE QUE ESTA CUENTA ME PERTENECE.  Marque Casilla e Inicial: \_\_\_\_\_ ← ← \*\*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CHEQUES TEMPORALES Y VERIFICACIÓN BANCARIA ESCRITOS A MANO NO SON ACEPTABLES .**

**VERIFICACIÓN DEBE MOSTRAR NOMBRE (igual al nombre en su archivo) Y NUMERO DE CUENTA COMPLETO.**

No se procesarán los formularios con información incompleta, incorrecta u omitida, o falta de verificación bancaria  
Los formularios incompletos pueden causar un pago retrasado o mal dirigido

Favor de comunicarse con Quality Assurance inmediatamente si su cuenta necesita ser cancelada o desactivada por cualquier razón

ENVIAR A: **Child Care Resource Center**  
**ATTN: Quality Assurance**  
**20001 Prairie Street**  
**Chatsworth, CA 91311**

**Quality Assurance: 818 717 1083**  
**Email: [providerhelp@ccrcca.org](mailto:providerhelp@ccrcca.org)**  
**Fax: 818 717 9365**

**Revised 2019**