



## نموذج تفويض المورد/المستفيد على الإيداع المباشر تعليمات استكمال نموذج تفويض المورد/المستفيد على الإيداع المباشر

يتعين استخدام نموذج تفويض الإيداع المباشر للقيام بما يلي:  
إعداد الدفع عن طريق الإيداع المباشر.  
تعديل ترتيبات الإيداع المباشر الحالية.  
إلغاء الإيداع المباشر وإعادة الدفع عبر البريد الأمريكي.

### ملاحظة:

في حالة الكتابة اليدوية بدلاً من الكتابة على لوحة المفاتيح، يرجى طباعة الورق بوضوح بالحرر الأزرق أو الأسود فقط. لن تُقبل النماذج في حال تصحيح الأخطاء الإملائية باستخدام سائل أو شريط التصحيح الأبيض أو الشطب أو الكتابة عليها.

### الجزء A - تفاصيل التعريف:

يجب تقديم رقم المورد الخاص بك على مستوى الولاية ما لم يكن هذا النموذج مصاحباً لتسجيل جديد. إذا كنت لا تعرف رقم المورد الخاص بك على مستوى الولاية، فاستخدم صفحة [البحث عن المورد](#). يجب تقديم اسمك القانوني كما يظهر لدى IRS (Internal Revenue Service, دائرة الإيرادات الداخلية). يجب عليك تقديم DBA (Doing Business As, الاسم التجاري المسجل) الخاص بك إذا كان لديك. يجب تقديم SSN (Social Security Number, رقم الضمان الاجتماعي) الخاص بك أو EIN (Employee Identification Number, رقم تعريف صاحب العمل).

### الجزء B - خيار الدفع:

حدد المربع الذي يشير إلى طريقة الدفع المفضلة لديك.

### الجزء C - معلومات الإيداع المباشر والتوقيع:

إذا حددت خيار الإيداع المباشر في الجزء (ب)، فعليك ملء جميع الحقول الخاصة بالجزء (ج). في حال ترك حقل نوع الحساب فارغاً، سنعين خيار الحساب الجاري افتراضياً. في حال ترك حقل نوع الدفع فارغاً، سنعين خيار الدفع لشركة/عمل تجاري افتراضياً.

### خانة التوقيع:

يرجى التوقيع بقلم حبر ("توقيع يدوي").  
لن تُقبل التوقيعات الإلكترونية أو المدرجة أو المختومة.  
لا يُعد هذا النموذج صالحاً ما لم يتم التوقيع عليه.  
تقديم نموذج تفويض المورد/المستفيد على الإيداع المباشر:  
يرجى طباعة النموذج المكتمل وتوقيعه.

يمكن مسح النموذج ضوئياً وتحويله إلى تنسيق PDF وإرساله إلى البريد الإلكتروني: [payeeforms@ofm.wa.gov](mailto:payeeforms@ofm.wa.gov)

يمكن إرسال النموذج عبر الفاكس إلى: 664-3363 (360) أو

يمكن إرسال النموذج عبر البريد على العنوان التالي:

Statewide Payee Registration, PO Box 41450, Olympia, WA 98504-1450

لشرح الأسئلة حول النموذج، يرجى الاتصال بوحدة تسجيل المستفيد على الرقم: (360) 407-8180 الهاتف الفرعي: 5، أو إذا كانت لديك أي أسئلة أخرى، يرجى الاتصال بالوكالة التي تتوقع تلقي المدفوعات منها.



يرجى عدم تدبيس الأوراق

## نموذج تفويض المورد/المستفيد على الإيداع المباشر

**ملاحظة مهمة:** لإدخال تغييرات على الترتيبات المصرفية الحالية، سيتم التواصل معك عبر البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف الخاص بالعنوان البريدي الفعلي المسجل في الملف للتحقق من التغيير. لن تدخل التغييرات حيز التنفيذ حتى يتم التحقق منها بنجاح مع مسؤول الاتصال الموجود المذكور في الملف.

الجزء A: أدخل تفاصيل التعريف - جميع الحقول مطلوبة:

S	W	V															-		
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

رقم المورد على مستوى الولاية:

الاسم القانوني:

الاسم التجاري المسجل (DBA):

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

الرقم التعريفي لدافع الضرائب:

(EIN أو SSN)

الجزء B: تحديد خيار الدفع:

الإيداع المباشر في البنك (موصى به).

استلام شيك عبر البريد الأمريكي (يؤدي ذلك إلى إلغاء أي بيانات مصرفية سابقة في الملف).

الجزء C: للإيداع المباشر، أكمل جميع الحقول أدناه ثم اطبعها مع توقيعها:

بالإضافة إلى تقديم بياناتك المصرفية في هذا النموذج، يمكنك أيضًا إرفاق شيك مُلغى.

اسم المؤسسة المالية - يجب أن تكون مؤسسة أمريكية:

رقم هاتف المؤسسة المالية:

رقم التحويل المصرفي - انظر المثال على اليمين:

رقم الحساب - انظر المثال على اليسار:

I. M. Wired 1234 Anywhere Avenue Anyville, Anystate 56789	
PAY TO THE ORDER OF	
AnyBank USA Anywhere, USA	
MEMO	
Routing number (nine digits)	Account Number (can vary in length)

توفير

جارٍ

نوع الحساب:

CCD (شركة/أعمال تجارية)

PPD (شخصية)

نوع المدفوعات:

### تفويض للإيداع المباشر

بموجب هذا المستند، أفوض (Office of Financial Management) OFM، مكتب الإدارة المالية (Office of the State Treasurer) OST، مكتب أمين الخزانة في الولاية) وأطلب منهما فتح القيود الدائمة لمدفوعات المستفيد للحساب المشار إليه أعلاه، على أن تكون المؤسسة المالية المذكورة أعلاه مفوضة لاعتماد هذا الحساب. وأوافق على الالتزام بقواعد (National Automated Clearing House Association) NACHA، الرابطة الوطنية لخدمة المقاصة الآلية) فيما يتعلق بهذه القيود. عملاً بقواعد NACHA، يجوز ل OFM و OST فتح قيد عكسي للإلغاء قيد مكرر أو غير صحيح سبق فتحه. وأنفهم أنه في حالة الحاجة إلى إجراء عكسي، سيقوم OFM بإخطار هذا المكتب بالخطأ وسبب الإلغاء. تظل هذه السلطة حتى يحين الوقت ل OFM و OST للتصرف بناءً على طلب كتابي لإنهاء أو تغيير خدمة الإيداع المباشر التي بدأت في هذه الوثيقة.

المسمى الوظيفي

الممثل المفوض (يرجى كتابة الاسم بحروف واضحة)

التاريخ: هذا النموذج صالح لمدة 90 يومًا

توقيع الممثل المفوض