



Instrucciones para completar el formulario de autorización de depósito directo para el proveedor/beneficiario

El formulario de Autorización de Depósito Directo se debe usar para realizar una de las siguientes acciones:

Establecer el pago de un depósito directo

Modificar los acuerdos existentes sobre los depósitos directos

Cancelar los depósitos directos para restablecer un pago a través del correo de EE. UU.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Si escribe a mano en lugar de escribir con el teclado, ESCRIBA con letra clara y en tinta azul o negra. No se aceptarán formularios con corrector líquido, tachones ni sobrescritos.

PARTE A: Información de identificación:

DEBE proporcionar el Número de Proveedor Estatal (Statewide Vendor Number, SWV) a menos que este formulario se adjunte a una nueva inscripción.

Si no sabe cuál es su Número de Proveedor Estatal, utilice el siguiente enlace:

<http://ofm.wa.gov/vendorlookup>

DEBE proporcionar su nombre legal, tal como aparece en el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).

Proporcione el nombre comercial bajo el cual opera (Doing Business As, DBA), si lo tiene.

DEBE proporcionar su Número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) O el Número de Identificación Patronal (Employer Identification Number, EIN). **No** proporcione ambos números.

PARTE B: Opción de pago:

Marque el casillero correspondiente al método de pago que prefiere.

PARTE C: Información sobre el depósito directo y firma:

Si marcó la opción de depósito directo en la Parte B, complete todos los campos en la Parte C.

Tenga en cuenta que, si deja en blanco el tipo de cuenta, seleccionaremos una cuenta de cheque como la opción predeterminada.

Tenga en cuenta que, si deja en blanco el tipo de pago, seleccionaremos un pago a una corporación/empresa.

Firme con un bolígrafo (una **“firma de puño”**). **No** se aceptarán firmas electrónicas, insertas ni con sello.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Los formularios se deben firmar en orden para que entren en vigencia los cambios.

Si tiene preguntas acerca del formulario, comuníquese con la Unidad de Registro de Beneficiarios (Payee Registration Unit) al (360) 407-8180, ext. 5

O

Si tiene alguna otra pregunta, comuníquese con el organismo del cual recibirá el formulario de pago.

Cómo enviar el formulario de transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) de proveedores/beneficiarios:

IMPRIMA y FIRME el formulario completado

ESCANEE el formulario, guárdelo en formato PDF y envíelo por CORREO ELECTRÓNICO a: payeeforms@ofm.wa.gov O

Por FAX al: (360) 664-3363 O

Por CORREO POSTAL a: Statewide Payee Registration, PO Box 41450, Olympia, WA 98504-1450



NO SUJETAR CON GRAPAS

Formulario de autorización de depósito directo para el proveedor/beneficiario

Nota importante: Con respecto a los acuerdos bancarios actuales, se comunicarán con usted a través de la dirección de correo electrónico, número de teléfono o dirección de correo postal registrados para verificar este cambio. Los cambios no entrarán en vigencia hasta que podamos verificarlos correctamente con la persona de contacto en el documento.

PARTE A: Ingrese información de identificación. DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.

Número de Proveedor Estatal:

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

Nombre legal: _____

Nombre comercial bajo el cual opera (DBA): _____

Número de Identificación Tributaria:
(SSN o EIN. No colocar guiones)

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

PARTE B: Seleccione una opción de pago.

- Depósito directo al banco (opción recomendada)
- Cheque por el Servicio Postal de EE. UU. (cancela cualquier información bancaria previa registrada)

PARTE C: Para el depósito directo, complete todos los campos debajo y, luego, imprima y firme el documento.

Además de proporcionar información bancaria en este formulario, puede adjuntar un cheque cancelado.

Nombre de la institución financiera: debe ser una institución de EE. UU.: _____

Institución financiera Número de teléfono: _____

Número de ruta (consulte el ejemplo de la derecha): _____

Número de cuenta (consulte el ejemplo de la derecha): _____

Tipo de cuenta: De cheques De ahorros

Tipo de pago: PPD (Personal) CCD (Corporativa/comercial)



Autorización de depósito directo

Por la presente autorizo y solicito que la Oficina de Gestión Financiera (Office of Financial Management, OFM) y la Oficina del Tesoro del Estado (Office of the State Treasurer, OST) inicien los registros de abono para los pagos del beneficiario a la cuenta arriba mencionada, y la institución financiera que se menciona anteriormente está autorizada a abonar dicha cuenta. Acepto cumplir las normas establecidas por la Asociación Nacional de la Cámara de Compensación Automatizada (National Automated Clearing House Association, NACHA) con respecto a estos registros. Conforme a las normas establecidas por la NACHA, la OFM y la OST pueden iniciar un registro inverso para revertir un registro duplicado o erróneo que iniciaron previamente. Entiendo que, si se requiere una acción de reversión, la OFM le notificará a esta oficina el error y el motivo de la reversión. Esta autoridad continuará hasta el momento en que la OFM y la OST hayan tenido la oportunidad razonable de actuar con base en una solicitud escrita para finalizar o cambiar el servicio de depósito directo iniciado tal como aparecen en el presente.

Representante autorizado (imprimir)

Título

FIRMA del representante autorizado
(No se aceptan firmas electrónicas ni insertas)

Fecha: en que este formulario es
válido por 90 días