

Direct Deposit Authorization Form
Formulario de autorización para depósito directo

For office use only

Solamente para uso interno

Received date:

Fecha recibido _____

Name

Nombre _____
(First) (Primer Nombre) (MI) (Seg. Nombre) (Last) (Apellido)

CS# _____

Home Phone _____

Número de teléfono de la casa

Work Phone _____

Número de teléfono del trabajo

Bank/Branch Name _____

Banco / Nombre de la sucursal

Branch Phone Number _____

Número de teléfono de la sucursal

Account Number _____

Número de cuenta

Type of Account: Tipo de cuenta:

- Checking:** Include a voided blank check from the checking account to which the direct deposit will be made. Your name must appear on the account.
(Corriente: Incluya un cheque en blanco, anulado, de la cuenta corriente en la cual se hará el depósito directo. Su nombre debe aparecer como titular de la cuenta.)
- Savings:** Have your bank provide the appropriate account and routing number on bank letterhead. Your name must appear on the account.
(De ahorros: Su banco deberá proporcionar en papel con membrete bancario los números correctos de código de banco y sucursal así como de la cuenta bancaria. Su nombre debe aparecer como titular de la cuenta.)

When completed and signed, this authorization form should be mailed to:

(Cuando haya llenado y firmado este formulario de autorización, envíelo por correo a:)

**NEW JERSEY FAMILY SUPPORT PAYMENT CENTER
DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION
P.O. BOX 55416
TRENTON, NEW JERSEY 08638**

I authorize the State of New Jersey to make deposits of child and/or spousal support payments to the account listed above until further notice. Such notice will be in writing, and will allow the State of New Jersey a reasonable time to process the cancellation. If funds are mistakenly deposited into my account, I authorize the State of New Jersey to deduct the amount of the error from my account or from future payments.

(Autorizo al estado de New Jersey a que deposite los pagos de pensión infantil y / o pensión alimenticia en la cuenta enumerada arriba, hasta nuevo aviso. Haré tal aviso por escrito, dándole al estado de New Jersey un período de tiempo razonable para tramitar la cancelación. Si se depositan fondos por error en mi cuenta, autorizo al estado de New Jersey a deducir la cantidad equivocada de mi cuenta o de futuros pagos.)

Your Signature _____

Su firma

Date _____

Fecha

Print Your Name _____

Escriba su nombre en letra de molde