



Programa de Comida para Cuidado de Niños y Adultos

Deposito Directo

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO (CRÉDITOS ACH)

Por la presente, autorizo al Programa de Comida para el Cuidado de Niños y Adultos de Frontier Behavioral Health a iniciar entradas de crédito en mi (seleccione uno): ☐ Cuenta de Cheques ☐ Cuenta de Ahorros

Indicada abajo en la institución financiera especificada, y acreditar la misma a dicha cuenta.

Reconozco que la organización de transacciones ACH a mi cuenta se debe cumplir con las disposiciones de ley de EE. UU.

Nombre del Banco: _____

Número de Ruta: _____ (primeros 9 números antes de su número de cuenta)

Número de Cuenta: _____

Adjunte También una copia de un Comprobante de Depósito o un Cheque Anulado

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el Programa de Comida para el Cuidado de Niños y Adultos de Frontier Behavior Health haya recibido una notificación por escrito de mi parte de su terminación en tal tiempo y de tal manera que le brinde al Programa de Comida para el Cuidado de Niños y Adultos de Frontier Behavior Health una cantidad razonable. Oportunidad de actuar en consecuencia.

Nombre(s): _____

ID de la Proveedora: _____

(Por Favor de Imprimir)

Firma: _____

Fecha: _____