

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Child Support Services (*División de Servicios de Sustento para Menores*)
Arizona State Disbursement Unit (*Unidad Central Estatal de Egresos de Arizona*)

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ELECTRÓNICOS

Marque la(s) casilla(s) que corresponda(n):

SÓLO PARA DEPOSITO DIRECTO

- Autorización para Depósito Directo **NUEVO**
- SUSPENDE** Depósito Directo y **EMPIEZA** EPC
- SÓLO CAMBIOS** a la información de la cuenta

SÓLO PARA TARJETA PARA PAGOS ELECTRÓNICOS (EPC)

- NUEVA** configuración de EPC
- SUSPENDE** EPC y **EMPIEZA** depósito directo
- ACTUALIZAR** la información de contacto para EPC
- REEMPLAZAR** una tarjeta para pagos electrónico

Si usted no provee toda la información requerida abajo, no se tramitará su petición y se le devolverá a usted este formulario.

NOMBRE (*Apellido, primer nombre, S.I.*)

NUM. DE TELÉFONO

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE QUE TIENE CUSTODIA (*MM/DD/AAAA*)

NUM. DE SEGURO SOCIAL

NUM. DE CASO DE ATLAS

DIRECCIÓN ACTUAL (*No., calle, ciudad, estado, código postal*)

SÓLO PARA DEPÓSITO DIRECTO

Todos sus pagos de sustento para menores y, si corresponde, la pensión alimenticia a favor del cónyuge, se efectuarán mediante el depósito directo. Solamente serán depositados en una cuenta, la cual puede ser una cuenta de ahorros o una cuenta de cheques. Si usted desea que se depositen los fondos a su cuenta de cheques, por favor **adjunte un cheque marcado "NULO" y llene la información siguiente.** Si usted desea que se depositen los fondos a su cuenta de ahorros, por favor proporcione una carta de su institución financiera con el número de enrutamiento y de cuenta.

¡IMPORTANTE! Por favor, adjunte un cheque de su cuenta anulado o una carta de su institución financiera si un cheque no es disponible.

YO, POR LA PRESENTE, LE AUTORIZO a la Unidad Central Estatal de Egresos (SDU por sus siglas en inglés) de Arizona o su agente designado para iniciar partidas de crédito y si es necesario, partidas de débitos y ajustes para cualquier partida de crédito que se hiciera por equivocación a mi (*nuestra*) **cuenta de cheques** **cuenta de ahorros** indicada abajo, para abonar y/o cargar lo mismo a tal cuenta para el propósito de pagos de sustento.

NÚM. DE ENRUTAMIENTO DEL BANCO DE ABA / NÚM. DE CUENTA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

NOMBRE PRINCIPAL EN LA CUENTA (*Apellido, nombre, S.I.*)

NOMBRE SECUNDARIO EN LA CUENTA (*Apellido, nombre, S.I.*)

Esta autorización se quedará en vigor hasta que la DCSS haya recibido una notificación escrita por mí de la terminación en tal hora y de tal manera para dar la oportunidad razonable a la DCSS de actuar en el aviso. También se puede terminar esta autorización por la DCSS o su agente por medio de enviar un aviso a la última dirección proporcionada a la DCSS o a su agente. Mantendré informada a la Unidad Central Estatal de Egresos (SDU) de Arizona o a su agente de cualquier cambio a la dirección que pueda ocurrir. Entiendo que el no hacerlo resultará en pagos de sustento no entregados.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

SU FIRMA

FECHA

DEVUELVA EL FORMULARIO FIRMADO A: ARIZONA STATE DISBURSEMENT UNIT (SDU)
Electronic Payment Authorization Unit
P.O. Box 36626
Phoenix, AZ 85067-6626

Si tiene preguntas relacionadas a este formulario o proceso por favor de comunicarse con los Servicios al Cliente al 602-252-4045

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas, o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on line or in your local office.