



Acuerdo de Participación e Instrucciones para Depósito Directo

Para participar en Depósito Directo estoy de acuerdo en lo siguiente:

- 1) Llenar el Contrato de Autorización para participar en Depósito Directo.
- 2) Escribir la palabra **“VOID” (Cancelado)** en uno de mis cheques y engraparlo al Contrato de Autorización para Depósito Directo.
- 3) Leer y firmar esta forma de Acuerdo e Instrucciones para Participar en Depósito Directo.
- 4) Enviar todas estas formas a:

Programa de Nutrición de CDA
 180 Otay Lakes Rd., Suite 300
 Bonita, CA 91902
 Atención: Kathy Angel-Garcia

Yo entiendo que:

- * Continuaré recibiendo mi cheque por correo hasta que el Depósito Directo haya sido activado. Lo cual puede tardar de 4- 6 semanas.
- * Al ser activado el Depósito Directo mi reembolso será enviado electrónicamente a mi banco.
- * Para cancelar o cambiar cualquier negociación relacionada con Depósito Directo se requiere que envíe una notificación por escrito con 30 días de anticipación.
- * El nombre anotado en mi reembolso es el mismo nombre anotado en mi licencia y por lo tanto debe ser el mismo en la información bancaria donde se depositará mi reembolso.

A continuación mi firma confirma mi aprobación para que mis reembolsos del Programa de Nutrición sean Depositados Directamente a mi banco y estoy de acuerdo con todas las condiciones arriba mencionadas para Depósito Directo.

 Nombre de la Proveedora (Impreso) Firma de la Proveedora Fecha

 Domicilio Ciudad/ Código Postal # de Proveedora

Sólo Para Uso De Oficina

Date Received:	Date Entered:	Initial Verified Address & Provider Number:
----------------	---------------	---



CONTRATO DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN DEPÓSITO DIRECTO (CUENTAS DOMICILIADAS)

NOMBRE DE LA COMPAÑIA <i>Child Development Associates, Inc., Programa de Nutrición</i>	NÚMERO DE PROVEEDORA DE CDA #
--	---

- Depósito Directo**, Yo (nosotras) autorizamos a **CHILD DEVELOPMENT ASSOCIATES, INC., PROGRAMA DE NUTRICIÓN**, a continuación **LA COMPAÑIA**, a iniciar créditos e iniciar, si es necesario, débitos y ajustes por cualquier cantidad que haya sido acreditada por error a mi (nuestra)
- Cuenta De Cheques;
 - Cuenta de Ahorros

(Elija una) abajo indicada y la institución depositaria abajo mencionada, a continuación **DEPOSITARIO**, acreditar y/o descontar la misma cantidad a dicha cuenta.

NOMBRE DEL DEPOSITARIO	SUCURSAL
CIUDAD	ESTADO/CODIGO POSTAL
NÚMERO DE RUTA/NÚMERO ABA	NÚMERO DE CUENTA

Esta autorización deberá durar en vigor y efectiva hasta que **LA COMPAÑIA** haya recibido de mi parte (p cualquiera de nosotros) notificación por escrito de su cancelación en el tiempo y manera necesarios para que la **COMPAÑIA** y el **DEPOSITARIO** tengan el tiempo razonable para efectuarlo.

NOMBRE DE LA PROVEEDORA (Favor de Imprimir)	Ultimo cuatro dígitos del número de Seguro Social/ TAX ID XXX-XX-____
NUMERO DE TELEFONO DE LA PROVEEDORA	
DOMICILIO DE LA PROVEEDORA	CUIDAD/CODIGO POSTAL
FIRMA DE LA PROVEEDORA	FECHA

***POR FAVOR ACUERDE ENGRAPAR UN CHEQUE CANCELADO**

Sólo Para Uso De Oficina

Date Received:	Date Entered:	Initial Verified Address & Provider Number:
----------------	---------------	---