



SAFE

DEPENDABLE

Direct Deposit Enrollment Request Form
Authorization Agreement for Automatic Deposits

Paper Direct Deposit Instructions: Use to Start, Add, Delete, or Stop

- 1. Complete this form in full.
2. Attach a voided check or document from your financial institution that contains the following information pre-printed on the document (Temporary checks or deposit slips will not be accepted):
(a) Name of financial institution (b) Account holder(s) name (c) Account # (d) Routing #
3. Allow 30 days for processing. The initial payment after processing may result in a manual check which will be mailed out on the last business day of the month in lieu of a direct deposit.
4. On payday, you will receive information on an Advice Form. This is your pay record.

START [] CHANGE [] STOP []

LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL

LAST FOUR DIGITS OF SSN

*PHONE NUMBER with Area Code

Circle One: CELL HOME

*Agreement: By providing a phone number, I authorize the above change of phone number to be made effective the date of this form.

[Bank1] EMPLOYEE ID#

Routing #

Account #

Bank Name

Checking [] Savings [] Amount (Primary Account) \$Balance

Note: Primary account is where all remaining pay will be deposited after specific amounts are entered in any additional accounts. Out of state banks are permitted.

[Bank 2] Routing #

Account #

Bank Name

Checking [] Savings [] Amount: \$

Mail or hand deliver the original form to the Pension Office at the address listed below. NOTE: Mailed in forms must have the signature notarized.

Agreement: I authorize the City to initiate corrections for credit entries made in error.

Signature

Date

NOTE: Only forms mailed to Pension Office must have signature notarized.

STATE OF COUNTY OF

Before me, a Notary Public, on this day personally appeared, known to me to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged to me that he or she executed the same for purposes and consideration therein expressed.

Signature of Notary

Commission Expires

Revised 06-06-2017

SEGURO

Formulario de Depósito Directo

PAGOS FACILES

Acuerdo de Autorización de Depósitos Automáticos

Instrucciones: Utilice a Inicio, Añadir, Eliminar, o Detener

1. Complete este formulario en su totalidad.
2. Incluye un cheque anulado o documento de su institución financiera que contenga la siguiente información pre impresa en el documento (*Cheques temporales o boletas de depósito no serán aceptadas*):
(a) Nombre de la institución financiera (b) nombre del dueño de la cuenta (c) Número de cuenta (d) Numero bancario de 9 dígitos (Routing)
3. Deje 30 días para procesamiento. El primer pago inicial después del procesamiento puede resultar en un cheque manual que será enviado por correo el último día hábil del mes en lugar de un depósito directo.
4. En el día de pago, recibirá su registro de pago.

INICIO

CAMBIO

PARAR

APELLIDO _____ **NOMBRE** _____ **INICIAL** _____

ÚLTIMO CUATRO N^{os} DE SEGURO SOCIAL

*NÚMERO DE TELÉFONO (Con código de área) () _____

Circule:
CEL.
CASA

*Acuerdo: Al proporcionar un número de teléfono, autorizo que el cambio de número de teléfono se haga efectivo la fecha de este formulario.

[Banco 1] **NÚMERO DE EMPLEADO** -

Numero bancario De 9 dígitos _____

Nº de Cuenta _____

Nombre del Banco _____

Cuenta de: Cheques Ahorros Cantidad (Cuenta Primaria) \$ **Balance**

Nota: la cuenta primaria es donde se deposita el balance que queda después de cantidades específicas se depositen en las cuentas adicionales. **Los bancos fuera del estado están permitidos.**

[Banco 2] Numero bancario De 9 dígitos _____

Nº de Cuenta _____

Nombre del Banco _____

Cuenta de: Cheques Ahorros Cantidad:\$ _____

Envíe por correo o entrega la forma original a la Oficina de Pensiones, a la dirección que aparece en el fondo de la página.

NOTA: Los formularios enviados por correo deben ser notariadas.

Acuerdo: Autorizo a la Ciudad para iniciar correcciones para las entradas de crédito realizadas en el error.

Firma

Fecha

=====

NOTA: Solamente los formularios enviados por correo deben ser notariadas.

STATE OF _____ COUNTY OF _____

Before me, a Notary Public, on this day personally appeared _____, known to me to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged to me that he or she executed the same for purposes and consideration therein expressed.

Signature of Notary

Commission Expires

Revised 06-07-2017