CITY of EL PASO
EMPLOYEES RETIREMENT TRUST

Direct Deposit Enrollment Request Form

Authorization Agreement for Automatic Deposits

Paper Direct Deposit Instructions: Use to start or change.

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** ☐

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 on the date of this form.

EMPLOYEE ID#: | | | | | | | | | - | | |

[BANK 1]

Account #: _____

Routing #: _____

Bank Name: _____

Account Type: Checking☐ Savings☐ Amount: $**Balance** (Primary Account)

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]

Account #: _____

Routing #: _____

Bank Name: _____

Account Type: Checking☐ Savings☐ Amount: $ _____

Mail or hand-deliver the original form to the Retirement Office at the address listed below.
NOTE: Forms **mailed** to the retirement Trust Office must have signature notarized.

Agreement: I authorize the Retirement Trust to initiate corrections for credit entries made in error.
I understand that the payment of pension benefits is subject to the payment procedures of the City of El Paso, which currently includes the requirement for direct deposit and confirmation of banking and related financial information.

_____ _____
Signature Date

==========

NOTE: Forms **mailed** to the Retirement Trust Office must have signature notarized.
Forms will **not** be accepted by fax or through email.

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 06-15-2026

CITY of EL PASO
EMPLOYEES RETIREMENT TRUST

Formulario de Depósito Directo

Acuerdo de Autorización de Depósitos Automáticos

Instrucciones: Utilice al inicio o para hacer un cambio.

1. Complete este formulario en su totalidad.
2. Incluye un cheque anulado o documento de su institución financiera que contenga la siguiente información preimpresa en el documento (*cheques temporales o boletas de depósito no serán aceptados*):
   (a) Nombre de la institución financiera (b) nombre del dueño de la cuenta (c) Número de cuenta (d) Número bancario de 9 dígitos (Routing)
3. Deje 30 días para procesamiento. El primer pago tras el procesamiento puede resultar en un cheque manual, 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** ☐

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

ÚLTIMO Nºs 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 a la fecha de este formulario.

NÚMERO DE EMPLEADO | | | | | | | | - | |

[BANCO 1]

Número de Cuenta: _____

Número bancario de 9 dígitos (Routing): _____

Nombre del Banco: _____

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

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]

Número de Cuenta: _____

Número bancario de 9 dígitos (Routing): _____

Nombre del Banco: _____

Cuente de: Cheques ☐ Ahorros ☐ Cantidad: $ _____

Envíe por correo o entregue la forma original a la oficina de retiro, a la dirección que aparece en el fondo de la página.
NOTA: Para los formularios enviados por **correo**, un notario público tiene que notarizar el formulario.

Acuerdo: Autorizo al Retirement Trust a iniciar correcciones para los asientos de crédito realizados por error.
Entiendo que el pago de los beneficios de pensión está sujeto a los procedimientos de pago de la ciudad de El Paso, los cuales incluyen el requisito de depósito directo y la confirmación de la información bancaria y financiera relacionada.

_____ _____
Firma Fecha

==========

NOTA: Los formularios enviados por correo a la oficina del Retirement Trust deben tener la firma notariada.
No se aceptarán formularios por fax ni por correo electrónico.

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 06-15-2026