



**Comisión de la Fuerza Laboral de Tejas
Servicios de Rehabilitación Vocacional
Información del Cliente o de los Padres/Guardas
y de Depósito Directo**

Casilla 1 Nombre:

Casilla 2 Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono: Correo electrónico:

Casilla 3 Número de Seguro Social (SSN):

Casilla 4 Si usted es padre, madre, tutor o curador, escriba el nombre y SSN del cliente: Nombre: SSN:

Casilla 5 Información para el depósito directo

Actualmente tengo depósito directo y deseo que continúe. Firma y fecha:

Rechazo el depósito directo en este momento. Firma y fecha:

Trámite para iniciar el depósito directo Cancelación del depósito directo Cambio en la información de la cuenta

Nombre de la institución financiera: Tipo de cuenta:

Número de ruta de la institución financiera: Cheques

Número de cuenta: Ahorros

¿Se enviarán estos pagos a una institución financiera fuera de Estados Unidos? Sí No

Doy autorización al Contralor de Cuentas Públicas de Texas para depositar electrónicamente en mi institución financiera los pagos del estado de Texas. Entiendo que el Contralor de Cuentas Públicas de Texas revocará cualquier pago que se haga a mi cuenta por error.

También entiendo que el Contralor de Cuentas Públicas de Texas cumplirá en todo momento con las reglas de la National Automated Clearing House Association (Asociación Nacional de Compensación Automatizada). Para más información sobre estas reglas, por favor, comuníquese con su institución financiera.

Firma:

Nombre impreso Requerido: Fecha:

Agency Use Only/Solo para uso oficial

Specifications Needed:

DRS DBS Field Office Name:

Counselor Name: Phone:

RST/Assistant Name: Phone: