

# Modulo di registrazione per deposito diretto

**SOLO per deposito diretto. Non utilizzare questo modulo se si desidera ricevere una carta di debito.** (Digitare o stampare chiaramente con inchiostro nero.)

Indicazioni:

1. Completa **ENTRAMBE** le sezioni sottostanti e restituire il presente modulo, **SOLO** per la registrazione al deposito diretto.
2. Il nome deve apparire sul proprio conto bancario o di cooperativa di credito.
3. La registrazione non può essere elaborata senza la presentazione del Numero univoco identificativo pratica emesso dallo Stato di New York.
4. Chi riceve pagamenti su più di un conto accesso per il deposito di assegni di mantenimento figli nello Stato di New York, deve compilare e inviare un modulo separato per ciascun conto. Assicurarsi che sia fornito il Numero univoco identificativo sopracitato.
5. Restituire il modulo debitamente compilato a: NYS Child Support Processing Center, PO Box 15367, Albany, NY 12212-5367.
6. Per qualsiasi domanda su come compilare il modulo o per richiedere una carta di debito, contattare la linea di assistenza per l'assistenza all'infanzia al numero 888-208-4485, TTY 866-875-9975, Servizio telefonico per non udenti ([fcc.gov/encyclopedia/trs-providers](http://fcc.gov/encyclopedia/trs-providers)).

## A. Le informazioni richieste per la registrazione al servizio di deposito diretto devono essere completate dall'iscritto

È necessario fornire le seguenti informazioni personali e quelle relative al conto appositamente acceso per ricevere i pagamenti per il mantenimento figli. Nel caso le informazioni fornite sono **INCOMPLETE**, il modulo verrà restituito per procedere con un'accurata compilazione.

Nome	Secondo nome	Cognome		
_____	_____	_____		
Indirizzo Postale		Città	Stato	CAP
_____		_____	_____	_____
Data di nascita (MM/GG/AAAA)	Numero di previdenza sociale (Social Security Number)	Numero univoco identificativo pratica emesso dallo Stato di New York (es., AB12345C1)	Contea	
____/____/____	____-____-____	_____	_____	
Numero di telefono	Indirizzo e-mail (facoltativo)			
(____) ____-____	_____			

Dichiaro di avere diritto ad assegni di mantenimento dei figli, o ai pagamenti combinati di mantenimento del figlio e del coniuge, relativamente al Numero univoco di cui sopra. Autorizzo che tutti i miei pagamenti di mantenimento figli e/o di mantenimento sponsale all'istituto finanziario indicato di seguito siano depositati sul conto indicato dall'istituto finanziario. Questa autorizzazione rimarrà in vigore fino a quando non fornirò comunicazione scritta di cancellazione. Sono consapevole e accetto che sia necessario un tempo ragionevole per elaborare l'avviso di cancellazione.

Firma	Data (MM/GG/AAAA)
_____	____/____/____

## B. Informazioni richieste che devono essere completate dall'istituto finanziario

Le chiediamo di presentare il presente modulo alla Sua banca o istituto di credito per ottenere le seguenti informazioni e la sottoscrizione degli stessi:

Informazioni bancarie:

Nome dell'istituto finanziario (banca o istituto di credito):

Indirizzo Postale	Città	Stato	CAP
_____	_____	_____	_____

Informazioni sul conto:

Conto corrente  Conto di risparmio (Il conto **NON PUÒ** essere un conto fiduciario a beneficio di un terzo o di un conto di istituto finanziario estero)

Numero Conto	Codice ABA (routing transit number)
_____	_____

In qualità di rappresentante del suddetto istituto finanziario, dichiaro che il presente istituto finanziario è in grado di fornire servizi di deposito ACH e riceverà e depositerà i pagamenti di sostegno al numero di conto bancario indicato sopra.

Firma Rappresentante	Nome a stampatello del Rappresentante	Data (MM/GG/AAAA)
_____	_____	____/____/____