

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEPOSITO DIRECTO (Republica Dominicana)
SOLICITUD PARA PAGO DE LOS BENEFICIOS MENSUALES DE PAGOS DE LOS
ESTADOS UNIDOS POR DEPOSITO DIRECTO

- Complete la Sección 1 y "**Firmar su Nombre**"
- Pida a su Banco que complete la Sección 3
- Enviar por correo el formulario de vuelta utilizando la dirección en la sección 2

APARTADO 1 (Le rogamos utilizar letra de molde)

Nombre y Dirección Completa:		- Número de Pensión del Seguro Social -											
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		Nombre del Pensionista											
Numero de teléfono durante horas laborales:		Esta Caja Es Para Asignación Pago Solamente (si es necesario)											
		Tipo	Cantidad										
CERTIFICACION Certifico que he leído y entendido la información indicada en la parte posterior de este impreso. Autorizo a la Administración del Seguro Social de los EE. UU. a enviar mis pago a mi banco y despositarlos en la cuenta designada por mi. Entiendo que los datos sobre la pension sera considerados información confidencial, pero autorizo a que se revele la información que por ley sea necesaria para la proteccion contra fraude o delito..		CERTIFICATCIÓN DE TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS (OPCIONAL) Certifico que he leído y entendido la información indicada en la parte posterior de este documento, específicamente el párrafo "INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS."											
Firma	Fecha	Firma	Fecha										
		Esta uenta es: ☐ Una cuenta propia ☐ Una cuenta conjunta											

APATARDO 2 (Dirreccion De Correspondencia)

NOMBRE DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL: SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	ENVIE LA SOLICITUD COMPLETA A: Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA
--	--

APARTADO 3 (Debe ser rellenado por el Banco, JCaja de Ahorros o Cooperativa de Credito)

Nombre Del Banco:	Numero De Telefono Del Banco
Direccion Del Banco	
Nombre De La Impresion Del Funcionario De Banco	Firma Del Funcionario De Banco
RTN	DAN
Bank Code	Branch Code

INFORMACION IMPORTANTE - SIRVASE LEERLA CUIDADOSAMENTE

La información que usted da en este formulario es confidencial. Necesitamos la información para enviar electrónicamente sus pagos del Seguro Social de los Estados Unidos a su cuenta bancaria en la República Dominicana.

SI SU DIRECCION CAMBIA

Si su dirección cambia, usted debe informarlo a la Administración del Seguro Social de Estados Unidos a través del Departamento de Beneficios Federales en el Consulado Americano en Santo Domingo, o directamente a la Administración del Seguro Social, porque las cartas sobre sus pagos continuarían siendo enviadas a sus casas. Si no podemos localizarlo, sus pagos podrían ser suspendidos.

CUANDO RECIBIRA SUS PAGOS POR DEPOSITO DIRECTO

Su pago será enviado a su institución financiera y usualmente estará en su cuenta el día después de la fecha de pago en Estados Unidos. Usted puede evitar el tener que esperar hasta 15 días laborales para que se cubra el tránsito de su cheque. Con depósito directo tendrá acceso inmediato a su dinero.

INFORMACION SOBRE COMISIONES POR CAMBIO DE CHEQUE

Con depósito directo, usted no tendrá que pagar comisiones por cambio de cheque.

CAMBIO DE BANCO O DE CUENTA BANCARIA

Si usted cambia de banco o el número de su cuenta, debe notificarlo a:

Consulado Americano (FUB) César Nicolas Pensón Esq. Máximo Gomez Santo Domingo República Dominicana	Social Security Administration Office of International Operations PO Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA
---	---

Podría ser necesario que complete un nuevo formulario de inscripción

No cierre su cuenta anterior hasta que los pagos hayan empezado a llegar a su nueva cuenta.

LA LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

Esta información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. §3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de reducción de documentos de trabajo de 1995. No se requiere que usted conteste a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 5 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. *Puede enviar comentarios sobre el tiempo que calculamos que le tomará llenar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo, no envíe el formulario completado a esta dirección.*