

WI Support Collections Trust Fund (WI SCTF)  
PO Box 70914  
Milwaukee, WI 53207-0914

TEL.: (800) 991-5530  
TDD (telecomunicación para sordos): (877) 209-5209

### Autorización de depósito directo DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION

Escriba y complete en letra de molde toda la información a continuación con tinta negra o azul.  
No se procesarán los formularios a los que les falte información o tengan marcas de verificación.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Su PIN de manutención de menores\* \_\_\_\_\_

\*Comuníquese con su agencia de manutención de menores si no conoce su PIN.

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Información bancaria:** vea el cheque de ejemplo según sea necesario o comuníquese con su institución financiera.

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Ciudad y estado del banco: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta (marque una):  Corriente  De ahorro

Quiero (marque una):  Registrarme para un depósito directo  Cambiar mi cuenta  Cancelar un depósito directo

**Estoy de acuerdo:** (marque una)

Todo el monto de mi pago por depósito directo **no** se enviará a otra cuenta **fuera de los Estados Unidos.**

Todo el monto de mi pago por depósito directo **sí** se enviará a otra cuenta **fuera de los Estados Unidos.**

*Puede controlar la fecha en que el WI SCTF procesó sus pagos si llama a los números de teléfono del WI SCTF indicados en la parte superior de este formulario, o puede hacerlo en línea en [childsupport.wisconsin.gov](http://childsupport.wisconsin.gov).*

*Deben pasar al menos dos días hábiles desde la fecha en que el WI SCTF procesa su pago para que su institución financiera acredite un pago por depósito directo a su cuenta bancaria. En caso de que haya más demora, le recomendamos que confirme la transacción con su institución financiera. Para detener el depósito directo, deberá llamar a su agencia de manutención infantil o al WI SCTF.*

*Usted es responsable de garantizar que existan fondos necesarios en su cuenta antes de retirar los fondos.*

*El Department of Children and Families (Departamento de Niños y Familias) y sus vendedores no se responsabilizarán por tarifas ni cargos por sobregiro.*

**Al firmar este formulario, usted autoriza al WI Support Collections Trust Fund (Fondo Fiduciario de Cobro de Ayudas de Wisconsin, WI SCTF) a iniciar los pagos en la cuenta que se menciona arriba.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**  
Incluya una copia de su cheque en la que figuren los números de cuenta y de ruta, y escriba "VOID" (NULO) sobre el cheque.



Número de ruta ←      → Número de cuenta

**NOTA:** si no tiene disponible un cheque nulo, debe proporcionar una carta de su banco en la que se verifique el número de ruta y el número de cuenta.

**Envíe este formulario por correo con su cheque nulo a la dirección indicada en la parte superior de este formulario.**