|  |  |
| --- | --- |
|  | MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  CHILDREN’S DIVISION  PO BOX 1082, JEFFERSON CITY, MO 65103  **APLICACION DE DEPOSITO DIRECTO PARA EL VENDERDOR** |

**\*Campos Requeridos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCION A \*Los Campos Requeridos Deben Ser Completados para Evitar la Devolución y / o Retraso en la Tramitación de la Solicitud** | | | | |
| \*1. TIPO DE ACCION (Marque solo Una)  Nuevo Solicitante o Reinscripción  Cambio Sobre la Información del Depósito Directo  Cancelación de Depósito Directo | \*2. TIPO DE CONTRATO O SERVICIO PROPORCIONADO (Marque Todo lo Aplicable)  Cuidado de Crianza/Adopción/Tutela Legal  Tratamiento de los Niños  Tratamiento Residencial  Otros (Por favor Describa): | | | |
| \*3. NOMBRE DEL INDIVIDUO (S) O RAZON SOCIAL  (Todos los nombres en el contrato deben ser enumerados aquí si el contrato no está bajo un nombre comercial.) | \*Lista de Nombre(s) Individual (es) de Empresario (s) | | | |
| A. | | | |
| B. | | | |
| C. | | | |
| \*4. DIRECCION (número, nombre de la calle, ciudad, estado, y código postal) | \*5. NUMERO DE VENDEDOR O DCN | | \*6. IDENTIFICACION DE IMPUESTO/SSN       / | |
| \*7. NUMERO TELEFONICO (incluya código del área)     -   - | | | |
| **SECCION B \* Los Campos Requeridos Deben Ser Completados para Evitar la Devolución y / o Retraso en la Tramitación de la Solicitud** | | | | |
| **Nota: Un cheque cancelado o una carta oficial de su institución financiera indicando su nombre, el número de ruta del banco y su número de cuenta deberá adjuntarse al procesar la solicitud de Depósito Directo. Cheques iniciales y cheques de mostrador no serán aceptados en lugar de un cheque o carta de su institución financiera.** | | | | |
| \*1. NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA | \*2. TIPO DE CUENTA (Marque Sólo Una)  CUENTA CORRIENTE  CUENTA DE AHORROS | | | |
| \*3. DIRECCION DE LA INSTITUCION FINANCIERA (número, calle, ciudad, estado, y código postal) | \*4. NUMERO TELEFONICO DE LA INSTITUCION FINANCIERA (incluya código del área) | | | |
| \*5. NUMERO DE RUTA DE 9 DIGITOS | \*6. NUMERO DE CUENTA | | |
| **SECCION C \* Los Campos Requeridos Deben Ser Completados para Evitar la Devolución y / o Retraso en la Tramitación de la Solicitud** | | | | |
| *Deseo participar en Depósito Directo y al hacerlo:*   * Por la presente autorizo (amos) al Estado de Missouri el iniciar las entradas de crédito (depósitos) e iniciar, si es necesario, de débito (retiros), o los ajustes de cualquier entrada de crédito efectuadas por error a mi (nuestra) cuenta antes señalada. * Yo (Nosotros) entiendo (emos) que es mi (nuestra) responsabilidad para notificar a la División de Menores cuando se realiza un cambio en la información bancaria. Esta notificación debe hacerse por lo menos dos semanas antes del depósito directo programado. Sin esta notificación, Yo (nosotros) entiendo (emos) que los pagos pueden retrasarse. * Yo (Nosotros) entiendo (emos) que al endosar o depositar cheques, el pago se hace de los fondos Federales y Estatales y cualquier falsificación u ocultación de un hecho material, puede ser procesado bajo las leyes Federales y Estatales. * Yo (Nosotros) autorizo (amos) al Estado de Missouri para iniciar los ajustes de pago efectuados a esta cuenta que se estaban destinados a otra cuenta u otro proveedor. * Yo (Nosotros) entiendo (emos) que el Estado de Missouri puede finalizar mi (nuestra) inscripción en el rpgrama de Depósito Directo si el Estado tiene la obligación legal de retener una parte o todos los pagos por cualquier motivo (por ejemplo, órdenes de embargo). * Yo (Nosotros) entiendo (emos) que la División de Menores podrá dar por terminado mi (nuestra) inscripción si yo (nosotros) ya no cumplo (imos) con los requisitos de elegibilidad. * Yo (Nosotros) entiendo (emos) que este documento no costituye una modificación o cesión de cualquier naturaleza, ni ningún contrato, orden de compra o de la obligación de que yo (nosotros) pueda (podamos) tener con cualquier agencia del Estado de Missouri. | | | | |
| ***Todas las personas que figuran en el comtrato y / o listado como dueños de negocios deben firmar y fechar la solicitud de Depósito Directo para autorizar el inicio, cambio o cancelación de esta solicitud de Depósito Directo.*** | | | | |
| \*FIRMA INDIVIDUO A | | | | \*FECHA |
| \* FIRMA INDIVIDUO B | | | | \*FECHA |
| \* FIRMA INDIVIDUO C | | | | \*FECHA |
| **TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS DEBEN COMPLETARSE PARA EVITAR LA DEVOLUCION Y / O DEMORA DEL PROCESO DE LA SOLICITUD**  **UN CHEQUE ANULADO O CARTA OFICIAL DE SU BANCO SE DEBE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO PARA EL PROCESAMIENTO**  **DEVOLVER LA FORMA Y EL ADJUNTO A:**  **DIVISION OF FINANCE AND ADMINISTRATIVE SERVICES**  **PO BOX 1082**  **JEFFERSON CITY, MO 65103** | | | | |

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE DEPOSITO DIRECTO** |
| **SECCION A - Todos los campos en la Sección A son obligatorios.** |
| **1. Tipo de Acción (Marque Solo Una) – Marque la casilla para la acción que quisiera obtener al completar la solicitud de Depósito Directo.**   * Nuevo Solicitante o Reinscripción – Marque esta casilla si esta es una nueva solicitud de depósito directo o si usted previamente tenía depósito directo, pero desde entonces ha sido cerrada y le gustaría volver a abrir la solicitud. * Cambio sobre la Información de Depósito Directo – Marque esta casilla para notificarnos de cualquier cambio en la solicitud de depósito directo, incluyendo, pero no limitando a, cambio en el número de ruta o número de cuenta, cambio del nombre en el contrato, etc. * Cancelación Depósito Directo – Marque esta casilla para notificarnos la solicitud de la cancelación de depósito directo. Cuando la solicitud de cancelación de depósito directo es procesada, usted no recibirá más pagos de fondos de manera electrónica, pero empezará a recibir cheques de papel si tiene derecho al pago.   **2. Tipo de Contrato o Servicio Proporcionado (Marque Todo lo Aplicable)**   * Cuidado de Niños – Marque esta casilla si usted o su negocio provee cuidado de niños (ecento de licencia/registro o licencia/contrato) y puede recibir pagos del Estado de Missouri. * Cuidado de Crianza/Adopción/Tutela Legal/Renuncia – Marque esta casilla si usted sostiene un contrato / acuerdo para cuidado de crianza, adopción, tutela legal o de renuncia con el Estado de Missouri. * Tratamiento de los Niños – Marque esta casilla si usted o su negocio provee Servicios de Tratamiento de Niños a clientes del Estado de Missouri. * Tratamiento Residencial – Marque esta casilla si usted o su negocio provee Servicios de Tratamiento Residencial a clientes del Estado de Missouri. * Otros (Describa) – Marque esta casilla y decriba que servicio usted provee a clientes del Estado de Missouri, si nada de lo anterior se aplica a usted o a su empresa.   **3. Nombre(s) del Individuo (s) o Razón Social – Escriba los nombres de cada individuo que aparece en el contrato o el nombre de la empresa que aparece en el contrato.**   * Si el contrato o convenio tiene más de un nombre en la lista, todos los nombres deben ser mencionados aquí. * Si un nombre de empresa está en el contrato o está proveyendo un servicio, liste cada nombre individual del propietario de la empresa (s) en A, B, y/o C.   **4. Dirección – Escriba la dirección de envío, incluyendo el número, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal.**  **5. Numero de Vendedor o DCN – Aporte su Número de Vendedor de 9 dígitos (DVN) o Número de Cliente Departamental de 8 dígitos (DCN)**  **6. Identificación de Impuesto/SSN – Aporte su FEIN o Número de Seguridad Social**  **7. Número Telefónico – Aporte un número telefónico (incluyendo el código del área) donde pueda ser localizado, en caso de haber alguna duda acerca de la solicitud de depósito directo.** |
| **SECCION B - Todos los campos en la Sección B son obligatorios.** |
| **NOTA: UN CHEQUE CANCELADO O UNA CARTA OFICIAL DE SU INSTITUCION FINANCIERA INDICANDO SU NOMBRE, EL NUMERO DE RUTA DEL BANCO Y SU NUMERO DE CUENTA DEBERA ADJUNTARSE AL PROCESAR LA SOLICITUD DE DEPOSITO DIRECTO. CHEQUES INICIALES Y CHEQUES DE MOSTRADOR NO SERAN ACEPTADOS EN LUGAR DE UN CHEQUE O CARTA DE SU INSTITUCION FINANCIERA.** |
| **1. Nombre – Aporte el nombre de su institución financiera.**  **2. Tipo de Cuenta (Marque Solo Una)**   * Cuenta Corriente – Marque en esta casilla si el pago de depósito directo será a una cuenta corriente. * Cuenta de Ahorro – Marque en esta casilla si el pago de depósito directo será en una cuenta de ahorros.   **3. Dirección de la Institución Financiera – Aporte la dirección de su institución financiera, incluyendo número, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal.**  **4. Número Telefónico de la Institución Financiera – Aporte el número telefónico (incluyendo el código del área) de su institución financiera.**  **5. Número de Ruta de 9 Dígitos – Aporte el número de ruta de 9 dígitos de su institución financiera.**   * Si usted esta presentando un cheque cancelado, el número de ruta de 9 dígitos se puede encontrar en la parte de abajo de su cheque. El número de ruta de 9 dígitos es el primer conjunto de 9 números encontrados en la parte de abajo del cheque, hacia la izquierda.   **6. Número de Cuenta – Aporte su número de cuenta.**   * Si usted esta presentando un cheque cancelado, el número de cuenta se puede encontrar en la parte de abajo de su cheque después del número de ruta de 9 dígitos o después del número del cheque. |
| **SECCION C - Todas las personas que figuran en el contrato y / o listado como dueños de negocios deben firmar y fechar la Solicitud de Depósito Directo para autorizar el inicio, cambio o cancelación de esta Solicitud de Depósito Directo.** |
| **Firma Individuo A – Individuo A debe firmar y fechar en esta línea.**  **Firma Individuo B – Individuo B debe firmar y fechar en esta línea.**  **Firma Individuo C – Individuo C debe firmar y fechar en esta línea.** |
|  |
| **A fin de que la División de Menores y el Estado de Missouri, División de Finanzas y Servicios Administrativos puedan depositar los pagos en una cuenta, debe completar todos los campos requeridos en la Solicitud de Deposito Directo y adjuntar un cheque anulado o una carta oficial de su institución financiera indicando su nombre, el número de ruta del banco y su número de cuenta. Cheques iniciales y cheques de mostrador no serán aceptados en lugar de un cheque o carta de la institución financiera. Con la excepción de su firma (s), escriba o imprima la información requerida.** |
| **LO QUE PUEDE ESPERAR** |
| * **La Solicitud de Depósito Directo sera procesado cuando se recibe una forma completa, incluyendo todos los campos requeridos y un cheque anulado o una carta de su institución financiera.** * **No completar todos los campos requeridos en el formulario y adjuntar un cheque anulado o una carta de su institución financiera hara que la solicitud sea devuelta para su corrección y se retrasará el procesamiento de la misma.** * **Usted debe comenzará a recibir pagos por depósito directo de aproximadamente 10-14 días después de que la Solicitud de Depósito Directo haya sido procesada.** * **Si usted tiene derecho a algún pago durante el tiempo que se tarda en procesar la Solicitud de Depósito Directo, los pagos se emitirán en cheques de papel.** |
| **CAMBIO DE INSTITUCIONES O CUENTAS FINANCIERAS** |
| **Los pagos continuarán siendo depositados en la cuenta designada en su institución financier hasta que notifique a la Divisiónde Menores que desea cambiar de intitución y / o a la cuenta donde se depositan los pagos.**  **Para realizer cambios en la institución financiera y / o la cuenta donde se depositan los pagos, debe completar una nueva solicitud de depósito directo. Todas las partes que figuran en el contrato y / o incluidos como propietarios de negocios, deben revisar y firmar, autorizar cambios (incluyendo cancelaciones), a la solicitud de deposito directo. La falta de notificación a la División de Menores de un cambio en la información de la cuenta se traducirá en un retraso en la recepción de sus pagos.** |
|  |
| **TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS DEBEN COMPLETARSE PARA EVITAR LA DEVOLUCION Y / O DEMORA DEL PROCESO DE LA SOLICITUD**  **UN CHEQUE ANULADO O CARTA OFICIAL DE SU BANCO SE DEBE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO PARA EL PROCESAMIENTO**  **DEVOLVER LA FORMA Y EL ADJUNTO A:**  **DIVISION OF FINANCE AND ADMINISTRATIVE SERVICES**  **PO BOX 1082**  **JEFFERSON CITY, MO 65103** |