

CONSTRUCTION LABORERS' VACATION TRUST FOR SOUTHERN CALIFORNIA
Deposito Directo De Beneficios de Vacaciones / Autorización De Débito

Recipiente de beneficios complete esta sección:

Nombre del Recipiente: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Núm.de telefono: _____

Domicilio: _____
Calle

_____/_____/_____
Ciudad Estado Zona Postal

Construction Laborers' Vacation Trust Fund for Southern California (Fideicomiso) se reserva el derecho de limitar el numero de cambios de depósitos directos durante el año y rechazará esos depósitos directos que no son procesados correctamente. La primera transacción por cada nuevo deposito directo será una "Prenota", esto es una transacción de cantidad cero, para revisar el sistema. Solamente después de que esta prueba se haya realizado, será enviado un depósito actual. *Los formularios incompletos serán rechazados. Las cuentas en común requieren ambas firmas.*

Yo (Nosotros) autorizo al Fideicomiso para que acredite mi (nuestra) cuenta. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que el Fideicomiso reciba por escrito de mi parte (o de cualquiera de nosotros) un aviso que la cuenta está cancelada. Yo (nosotros) enviaremos el aviso por escrito al Fideicomiso al domicilio proveído al fondo de este formulario. El Fideicomiso puede cancelar este arreglo de deposito electrónico con enviarme (o a cualquiera de nosotros) un aviso diez días antes de la cancelación. Los problemas o las demoras que ocurran después que los fondos han entrado al sistema electrónico del banco están fuera del control del Fideicomiso y el Fideicomiso no será responsable de ellos.

Yo (Nosotros) autorizo al Fideicomiso a procesar debitos en mi (nuestra) cuenta en la cual se han hecho depósitos directos. Yo (Nosotros) entiendo que un debito se procesará solamente en el caso de que se necesite hacer una corrección en la cuenta (i.e., una cantidad incorrecta fue depositada, sobre pago a empleado, o problemas con la cuenta). El debito máximo no será mayor que la cantidad necesaria para corregir el error o sobrepago.

Nombre en letra de molde: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Nombre en letra de molde: _____ Núm de Seguro Social: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Representante del banco complete esta sección:

Nombre del banco: _____ Sucursal: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Número de Teléfono del Banco: _____

Iniciales del Representante del Banco

Número de Ruta (9 dígitos): _____

Número de Cuenta: _____

Tipo de cuenta: [] Cheques [] Ahorros

Envíe este formulario a: P.O. Box 8025, El Monte, CA 91734 • 1.800.887.5679

