

ReliaCard
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/AUTORIZACIÓN PARA DISTRIBUCIÓN ELECTRÓNICA DE FONDOS DE OREGÓN

Envíe la autorización completa a **DOJ / DCS, P.O. Box 14320, Salem, OR 97309** O por fax al **(503) 986-2416**
 * Campos obligatorios. Las autorizaciones incompletas serán devueltas lo que causará una demora en su solicitud.

ESCRIBIR DE FORMA CLARA CON LETRA DE MOLDE EN TINTA NEGRA O AZUL; Las solicitudes en tinta roja o lápiz serán devueltas.

| | | |
|----------------------|---|--|
| INFORMACIÓN PERSONAL | Número(s) de caso del CSP (Incluya todos los números de caso del CSP que desee que se depositen en esta cuenta ReliaCard.) Depositar los pagos de TODOS mis casos activos en una única cuenta <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ReliaCard: 0 _____ 41 0 _____ 41 0 _____ 41 0 _____ 41 Si desea incluir otros casos escríbalos en una hoja por separado o marque la casilla de arriba si corresponde. | |
| | *Nombre: (El nombre que aparece actualmente en sus cheques de manutención de hijos) <div style="text-align: right; font-size: small;"> _____ APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEG. NOMBRE </div> | |
| | *Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____ | *Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ |
| | *Domicilio actual Calle (Nro. de P.O. Box / Nro. de Apt.,) Ciudad, Estado, Código Postal, País: _____ | |
| | *Nro. de teléfono de contacto (código de área) () | *Nro. de teléfono alternativo (código de área) () |
| | Marque esta casilla para autorizar al Programa de Manutención de Hijos a brindarle información detallada sobre esta solicitud si es necesario: <input type="checkbox"/> | |

AUTORIZACIÓN: Certifico que tengo derecho a los pagos para los casos mencionados. Autorizo al Oregon Child Support Program (CSP - Programa de Manutención de Hijos de Oregon) a acreditar mis pagos de manutención de hijos, y si es necesario, a realizar débitos para las transacciones erróneas, en la cuenta mencionada anteriormente. Entiendo que los pagos continuarán depositándose en esta cuenta y esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto, hasta que el CSP reciba notificación de mi parte sobre la terminación o cambio de cuenta o de institución financiera, en tiempo y forma a fin de brindar la oportunidad de actuar en consecuencia. Para cambiar de institución financiera o de cuenta, deberé completar y presentar un nuevo formulario de Autorización. Con mi firma autorizo a la institución financiera mencionada a colaborar con el CSP en la validación de la información de cuenta provista por mí conforme los requerimientos de la presente solicitud.

CERTIFICACIÓN PARA TRANSACCIONES INTERNACIONALES

Certifico que la totalidad de la cantidad de mi pago por depósito directo NO se deposita en una institución financiera fuera de los EE.UU. (NOTA: Si la totalidad de su pago neto ES enviado fuera de los EE.UU. comuníquese con el Programa de Manutención de Hijos de Oregon).

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario comuníquese al 1-800-850-0228 o visite el sitio web del Programa de Manutención de Hijos de Oregon en: www.dcs.state.or.us.gov . Si tiene alguna pregunta sobre este formulario póngase en contacto con 1800-850-0228 o visite el sitio web del Programa de Manutención de Hijos de Oregon: www.OregonChildSupport.gov