


EMPLOYEE DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION

Employee Name:	Effective Date:
Address:	City / State / Zip:
Birth Date:	Social Security Number:
Phone:	Email:

CHOOSE YOUR METHOD OF DIRECT DEPOSIT:

<input type="checkbox"/> I request my payroll deduction / direct deposit be placed in the following account(s):				
BANK / CREDIT UNION	BANK ABA#	ACCOUNT#	DEDUCTION AMOUNT / NET PAY	TYPE OF ACCOUNT
#	#	#	<input type="checkbox"/> \$ _____ or <input type="checkbox"/> _____%	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Checking
#	#	#	<input type="checkbox"/> \$ _____ or <input type="checkbox"/> _____%	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Checking
PLEASE PROVIDE A VOIDED CHECK FOR EACH CHECKING ACCOUNT LISTED ABOVE.				

AND / OR:

<input type="checkbox"/> rapid! PayCard Issuance Authorization Form	
Financial Institution Name: MetaBank® Routing Number: 124085244 Direct Deposit Account Number: 353 _____ <small>(Card ID on front of envelope)</small> To be assigned and entered by CARING HOME HEALTH	DEDUCTION AMOUNT / NET PAY <input type="checkbox"/> \$ _____ or <input type="checkbox"/> _____%
 The rapid! PayCard® Mastercard Card is issued by MetaBank®, Member FDIC, pursuant to a license by Mastercard International Incorporated. Prepaid card can be used wherever Debit Mastercard is accepted. Mastercard is a registered trademark of Mastercard International Incorporated. Important Information for opening a Card account: To help the federal government fight the funding of terrorism and money laundering activities, the USA PATRIOT Act requires all financial institutions and their third parties to obtain, verify, and record information that identifies each person who opens a Card account. What this means for you: When you open a Card account, we will ask for your name, address, date of birth, and other information that will allow us to identify you. We may also ask to see your driver's license or other identifying documents.	

I authorize CARING HOME HEALTH to withhold the indicated amount(s), if available, from my pay, and deposit directly into the account(s) shown and/or I hereby authorize CARING HOME HEALTH to assign a rapid! PayCard and initiate credit entries and any correcting entries to my assigned rapid! PayCard account. The direct deposit(s) will be made on each payday, unless I notify CARING HOME HEALTH in writing of my intent to cancel. Upon CARING HOME HEALTH's receipt of a request to cancel a direct deposit authorization, it shall become effective after a reasonable opportunity to act upon it.

In the event funds are deposited erroneously into my account, I authorize CARING HOME HEALTH to debit my account(s) not to exceed the original amount of the credit.

I understand that CARING HOME HEALTH reserves the right to refuse any direct deposit request. I also understand that all direct deposits are made through the Automated Clearing House (ACH), and that funds availability is subject to the terms and limitations of the ACH as well as my financial institution.

Note: If sending this form electronically, please type your initials and the last 4 digits of your social security number in the signature field. If sending or faxing a paper copy, please print out and sign your name(s) in the signature box.

Employee Signature: _____ Date: _____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO


Nombre del Empleado:	Fecha:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Teléfono:	Correo Electrónico:

ELIJA EL MÉTODO DE DEPÓSITO DIRECTO:

<input type="checkbox"/> Solicito que la deducción de mi pago/depósito directo sea puesto en la(s) siguiente(s) cuenta(s):					
BANCO / CREDIT UNION	No. ABA DEL BANCO	No. DE CUENTA	MONTO A DEDUCIR / PAGO NETO		TIPO DE CUENTA
	#	#	<input type="checkbox"/> \$ _____ o	<input type="checkbox"/> _____%	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> De Cheques
	#	#	<input type="checkbox"/> \$ _____ o	<input type="checkbox"/> _____%	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> De Cheques

FAVOR DE ENTREGAR UN CHEQUE ANULADO POR CADA CUENTA INDICADA EN LA PARTE SUPERIOR.

Y / O:

<input type="checkbox"/> Formato de Autorización para la emisión de la rapid! PayCard	
Nombre de Institución Financiera: MetaBank®	MONTO A DEDUCIR / PAGO NETO <input type="checkbox"/> \$ _____ o <input type="checkbox"/> _____%
Número de Ruta del Banco: 124085244 Número de Cuenta: 353 _____ (Número de Card ID al frente del sobre) <i>Asignado e ingresado por CARING HOME HEALTH</i>	
 <p>La Tarjeta rapid! PayCard® Mastercard es emitida por MetaBank®, Miembro FDIC, conforme a una licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta prepagada puede ser utilizada dondequiera que se acepten las tarjetas de Débito Mastercard. Mastercard es una marca registrada de Mastercard International Incorporated.</p> <p>Información importante para la apertura de una cuenta de Tarjeta: Para ayudar al gobierno federal a combatir el financiamiento del terrorismo y las actividades de lavado de dinero, la Ley Patriota de EE.UU. (USA PATRIOT ACT) requiere que todas las instituciones financieras y terceras partes soliciten, verifiquen y registren la información que identifica a cada persona que abre una cuenta de Tarjeta. ¿Qué significa esto para usted?: Cuando usted abre una Cuenta de Tarjeta, se le pedirá su nombre, dirección, fecha de nacimiento y otra información que nos permita identificarlo. También podemos pedir ver su licencia de conducir u otros documentos de identificación.</p> <p>Controles del Idioma Inglés: La información anterior ha sido traducida al español sólo para su conveniencia. La traducción puede no representar con exactitud el significado de términos, condiciones y descripciones presentadas en el idioma Inglés. El idioma Inglés controla el significado del contenido de esta información.</p>	

Autorizo a CARING HOME HEALTH a retener la cantidad indicada(s), de ser disponible, de mi sueldo, y depositar directamente a la cuenta(s) que se muestra y/o por medio de la presente autorizo a CARING HOME HEALTH asignarme una rapid! PayCard e iniciar entradas de crédito y cualquier entrada de corrección a mi cuenta asignada de rapid! PayCard. El depósito directo(s) se realizará en cada día de pago, a menos que notifique a CARING HOME HEALTH por escrito mi intención de cancelar la cuenta. Una vez que CARING HOME HEALTH reciba una solicitud de cancelación a la autorización de depósito directo, ésta será efectiva después de una oportunidad razonable para dicho acto.

En el caso que fondos hayan sido depositados erróneamente en mi cuenta, autorizo a CARING HOME HEALTH debitar de mi cuenta(s) dichos fondos sin exceder el monto original del crédito.

Entiendo que CARING HOME HEALTH se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de depósito directo. También entiendo que todos los depósitos directos se hacen a través de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH), y que la disponibilidad de los fondos está sujeta a los términos y limitaciones de la ACH, así como de la institución financiera.

Nota: Si envía este formulario electrónicamente, por favor escriba sus iniciales y los últimos 4 dígitos de su número de seguro social en el campo de firma. Si lo envía por correo o por fax, por favor imprima una copia y firme con su nombre(s) en el cuadro de firma.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____