

ACUERDO PARA AUTORIZAR PAGOS PREAUTORIZADOS**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid****Ley de Reducción de Papeleo/Ley de Privacidad**

La información solicitada en esta forma es requerida bajo 15 USC, Capítulo 41, 12 CFR 205 y 31 CFR 202 y 206, con el propósito de autorizar al Departamento del Tesoro a designar instituciones financieras a cobrar pagos electrónicamente de su cuenta. Esta información será utilizada para igualar la información de los expedientes de la agencia de gobierno con aquellas instituciones financieras para dirigir sus pagos al punto que usted autorice. Ninguna transacción de cobro electrónico se podrá hacer de su cuenta a menos que se reciba una forma de autorización firmada. Proveer esta información es voluntario, sin embargo, fallar en el suministro de esta información puede atrasar o prevenir el cobro electrónico de su pago a través de la Oficina de Compensación Automatizada (ACH, por sus siglas en inglés). No se le requiere responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 1530-0015. Estimamos que el tiempo aproximado para completar esta forma es 10 minutos.

SELECCIONE UNO: COMENZAR CAMBIAR CANCELAR**INFORMACIÓN PERSONAL/COMPAÑÍA****NOMBRE PERSONAL/ORGANIZACIÓN: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)****DIRECCIÓN:****CIUDAD/ESTADO:****CÓDIGO POSTAL:****CÓDIGO DE ÁREA:****NÚMERO DE TELÉFONO:****NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA DE SU AGENCIA:****TIPO DE PAGO:**

Yo autorizo el inicio de la deducción de mi cuenta y la institución financiera nombrada a continuación de retirar de la cuenta. Yo entiendo que seré notificado si la cantidad que se va a retirar tiene que ser ajustada, ya sea por un aumento o reducción. Yo además entiendo que tengo el derecho de cancelar el pago automático notificando a mi institución financiera por escrito tres días antes del día que mi cuenta sea cobrada.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE INSTITUCIÓN FINANCIERA**NOMBRE DE INSTITUCIÓN FINANCIERA:****DIRECCIÓN:****CIUDAD/ESTADO:****CÓDIGO POSTAL:****NUEVE DÍGITOS DE NÚMERO DE RUTA:****TÍTULO DE CUENTA:****NÚMERO DE CUENTA:** CHEQUES AHORROS**FIRMA Y TÍTULO DE REPRESENTANTE:****NÚMERO DE TELÉFONO:****CÓDIGO DE ÁREA:****FECHA:**