

DEPÓSITO DIRECTO

Formulario Estándar 1199A
Prescrito por el Departamento del Tesoro
Departamento del Tesoro Cir. 1076

OMB No. 1510-0007

Formulario de Inscripción

Llame al 1 (800) 333-1792 para inscribirse por teléfono

INSTRUCCIONES

Consulte la información al reverso antes de llenar este formulario.

Debe llenar un formulario separado por cada tipo de pago federal (seguro social, ingreso de seguridad suplementario, beneficios a veteranos, etc.).

Usted tiene la responsabilidad de informar a la agencia que hace los pagos de cualquier cambio de nombre o dirección. Devuelva el formulario completo a la agencia federal de la cual recibirá los pagos por Depósito Directo. Busque la oficina más cercana en la sección de Agencias de Gobierno de la guía telefónica de su localidad.

OBSERVACIÓN: En muchos casos, también puede inscribirse para el Depósito Directo por teléfono. A continuación se indican números telefónicos sin cargo:

Administración del Seguro Social

(800) 772-1213
(800) 325-0778 TTY

Oficina de Administración de Personal

(888) 767-6738
(800) 878-5707 TDD

Junta de Jubilación Ferrocarriles

(Sistema Automatizado)
(800) 808-0772
(312) 751-4701 TTY

Administración de Beneficios a Veteranos

(877) 838-2778
(800) 827-1000
(800) 829-4833 TDD

A. PERSONA QUE RECIBIRÁ EL PAGO

SU NOMBRE (<i>apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre</i>)		
NOMBRE DE LA PERSONA CON DERECHO AL PAGO (<i>si no es la misma de arriba</i>)		
SU DIRECCIÓN (<i>calle, ruta, apartado postal, número de apartamento</i>)		
CIUDAD (<i>o APO/FPO</i>)	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
SU NÚMERO DE TELÉFONO () - -		
SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - - - - -		

B. TIPO DE PAGO

(marque solamente uno)

<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN DEL SERVICIO CIVIL
<input type="checkbox"/> INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIO	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN O PENSIÓN VA
<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN FERROCARRILES	<input type="checkbox"/> OTRO (especificar) _____

C. INFORMACIÓN DEL BANCO O COOPERATIVA DE CRÉDITO

TIPO DE CUENTA: <input type="checkbox"/> CUENTA DE CHEQUES <input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS
NÚMERO DE RUTA DE 9 DÍGITOS (<i>ver muestra de cheque al reverso</i>)
NÚMERO DE CUENTA (<i>ver al reverso</i>)

D. CERTIFICACIÓN

Certifico que tengo derecho a recibir el pago indicado arriba, y que he leído y comprendido la información al reverso de este formulario. Al firmar este formulario, autorizo que este pago se envíe a la institución financiera nombrada en la Parte C más arriba, para ser depositado en la cuenta antes mencionada	
FIRMA	FECHA

PARA TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS

Certifico que he leído la NOTIFICACIÓN ESPECIAL A TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS al reverso de este formulario.	
FIRMA	FECHA

POR FAVOR LEA ESTO ATENTAMENTE

ANNUNCIO DE ACTA DE PRIVACIDAD

Su número de seguro social y otra información que se le pide permitirá al gobierno federal el hacer pagos a través de Depósito Directo. Esta recopilación de información está autorizada por el título 13 del Código de los Estados Unidos, Sección 3332 (g). También, la Orden Ejecutiva 9397, del 22 de noviembre de 1943, autoriza el uso de su número de seguro social. Su número de seguro social es requerido para asegurar la identificación y retención de archivos pertenecientes a usted y para distinguirlo a usted de otros beneficiarios de beneficios federales.

Esta información será revelada al Departamento del Tesoro ó a otro oficial a cargo del desembolso de fondos para procesar los pagos federales a usted a través de Depósito Directo. Esta información puede ser relevada a una corte, comité congresional ó a otra agencia gubernamental según sea autorizado ó requerido por la ley federal y también a su institución financiera para verificar el recibo de sus pagos federales. Aunque el proveer la información requerida es voluntario, su pago de Depósito Directo se puede atrasar o puede prevenir al Tesoro de enviarle este pago si usted no provee la información.

AVISO ESPECIAL A TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS

Si su cuenta es una cuenta conjunta y recibe pagos de beneficios por Depósito Directo, debe informar a la agencia federal y a la institución financiera del fallecimiento de un beneficiario. Los pagos enviados por Depósito Directo después de la fecha de fallecimiento o la inelegibilidad de un beneficiario (excepto para pagos por salario) deben devolverse a la agencia federal. La agencia federal determinará entonces si el sobreviviente es elegible para recibir beneficios.

CANCELACIÓN

Su pago se enviará por Depósito Directo hasta que se notifique a la agencia federal que emite los pagos que los cancele, como en el caso de fallecimiento o incapacidad legal del receptor de los pagos.

Su institución financiera puede cancelar su autorización de Depósito Directo. Se requiere a su institución financiera que le dé notificación por escrito con 30 días antes de la fecha de cancelación. Si esto ocurre, debe notificar a la agencia federal que la autorización de Depósito Directo fue cancelada.

MUESTRA DE CHEQUE		0001
	FECHA _____	
PÁGUESE A LA ORDEN DE _____	\$ <input type="text"/>	
		DÓLARES
MEMO _____		
⑆ 123456789 ⑆ 0123456789 ⑆		0001
Número de ruta	Número de cuenta	

TIEMPO ESTIMADO A INVERTIR PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN

El tiempo promedio estimado que lleva completar esta información para quien completa los datos o para quien recaba y registra la información, es de 10 minutos, dependiendo de las circunstancias individuales. Los comentarios con respecto a la exactitud de esta estimación y las sugerencias para reducir el tiempo deben ser enviadas al Servicio de Gestión Financiera, División de Programas Administrativos, Programa de Manejo de Registros e Información, 3700 East West Highway, Salón 135, Hyattsville, MD 20782. Esta dirección sólo puede ser usada para comentarios y/o sugerencias concernientes a la cantidad de tiempo usado para coleccionar esta data. No envíe documentación completada a la dirección de arriba para que se procese.