



Instrucciones Para Proveedores:

1. Completar TODA la información requerida.
2. Devuelva el formulario completo junto con un cheque anulado o un formulario de depósito directo de su institución financiera a:

**NCO/RCCC, Attn: Payment Manager
413 N. State Street, Ukiah CA, 95482**

**Acuerdo de Autorización para Deposito Directo
(Créditos ACH)**

Yo autorizo **North Coast Opportunities, Rural Communities Child Care** para iniciar depósitos de crédito ACH ("Entradas de Crédito") a mi cuenta de depósito ("Cuenta") a mi Institución Financiera nombrado abajo. Esta autorización es para el depósito de los pagos recurrentes que usted debe directamente a mi cuenta. Reconozco que el origen de las transacciones ACH a mi cuenta debe cumplir con disposiciones de la ley de los Estados Unidos. PARA TERMINAR O REVOCAR ESTA AUTORIZACION, DEBO NOTIFICARTE, LA EMPRESA ORIGINARIA, POR ESCRITO. Mientras que esta autorización no haya sido rescindida o revocada, cualquier entrada de crédito originada por usted en virtud de esta autorización se presumirá de manera concluyente que está debidamente autorizada para su depósito en mi cuenta.

Entiendo que, si mi cuenta está cerrada, mi institución financiera no puede aceptar ninguna entrada de crédito y la entrada será rechazada. Si esto ocurre, no podrá volver a procesar la Entrada de crédito sin mi autorización por escrito.

Autorizo a mi Institución Financiera a aceptar estas entradas de crédito en mi cuenta luego de recibir un recibo y sin recibir ningún consejo.

Nombre de mi Institución Financiera: _____

Domicilio o Sucursal Bancaria: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Mi Número de Cuenta de Deposito: _____

Numero de Ruta/Transferencia: _____

Nombre de la Cuenta: _____

Depositar en: cuenta de cheques o cuenta de ahorros

Autorizo Entradas de Crédito: Esta autorizado a originar Entradas de crédito a mi cuenta para pagar cualquier balance recurrentes que me deba **el día 20 del mes** (o día hábil anterior o siguiente si ese día no es un día hábil). La cantidad de estos pagos recurrentes puede variar.

También autorizo entradas de ajuste en caso de transacciones erróneas a mi cuenta.

Por la presente certifico que soy propietario y firmante autorizado de la cuenta. Reconozco haber recibido una copia de esta autorización. Puede proporcionar una copia de este acuerdo de autorización a mi Institución Financiera o a su banco si lo solicita.

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____

Correo Electronico: _____

SE DEBE ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO O UN FORMULARIO DE DEPÓSITO DIRECTO DE SU INSTITUCIÓN FINANCIERA