



Child Development Health & Nutrition Inc.
P.O. Box 1064
Lakeville MA 02347
Tel # 1-800-232-7634

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Child Development Health & Nutrition, Inc. se complace en ofrecer la conveniencia del Depósito Directo de su reembolso mensual del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos. Simplemente complete y envíe este formulario de autorización **con un cheque anulado o una carta de su banco con la información de su cuenta.**

** Solo se puede depositar en una (1) cuenta bancaria por el monto total de su reembolso.

Nombre del Proveedor (Por favor imprima) _____
Nombre y Apellido

Proveedor # _____ Telefono del Proveedor # _____

Seguro Social # _____

Por la presente autorizo a Child Development Health & Nutrition, Inc. y a su compañía de nóminas a depositar los reembolsos del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos en mi cuenta (así como ajustar los errores de depósito) en el banco que se menciona a continuación.

Se entiende que éste acuerdo puede ser terminado por mí en cualquier momento, notificando a CDHN.

FIRMA DEL PROVEEDOR: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL BANCO: _____

RUTA BANCARIA #: _____

CUENTA #: _____

CHEQUES _____ AHORROS _____