Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ពាក្យចុះឈ្មោះសុំឲ្យដាក់ប្រាក់ជំនួយចូលទៅក្នុងធនាគារដោយផ្ទាល់

DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

សេចក្តីណែនាំ៖

1. ចូរបំពេញភាគខាងលើនៃពាក្យនេះ ចុះហត្ថលេខា និងថ្ងៃខែ ។
2. សុំឲ្យធនាគាររបស់អ្នកបំពេញភាគខាងក្រោមនៃពាក្យនេះ ។
3. ចូរផ្ញើពាក្យដែលបានបំពេញសព្វគ្រប់ហើយទៅកាន់៖

DSHS DIRECT DEPOSIT/EBT
PO BOX 9254
OLYMPIA WA 98507-9254

ភាគ 1 ៖ សូមសរសេរពតិមានដូចតទៅនេះឲ្យច្បាស់	
ឈ្មោះ (គ្រកូល, នាម, និងនាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់របស់អ្នក)	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក(និងលេខខូដតំបន់)
អាស័យដ្ឋានសំរាប់ផ្ញើរបស់អ្នក ទីក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីបខូដ	
លេខសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដែលជាអ្នកទទួលជំនួយ អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម ឬ	
លេខគណនេយ្យធនាគាររបស់អ្នក	តើនេះជាគណនេយ្យប្រភេទអ្វី? ចូរគូសយកមួយ ។ ☐ គណនេយ្យសំរាប់ចាយ ☐ គណនេយ្យសំរាប់សន្សំ
សូមអានអក្សរដូចតទៅនេះ ហើយចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម	
ខ្ញុំអនុញ្ញាតច្បាប់ឲ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចនិងសុខាភិបាល (DSHS) ដើម្បីដាក់ជំនួយប្រាក់របស់ខ្ញុំទៅក្នុងគណនេយ្យដែលបានចុះនៅខាងក្រោមដោយផ្ទាល់ បើចាំបាច់ គេក៏អាចកែបានដែរនូវការបំពេញណាដែលខុស ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបំពេញពាក្យចុះឈ្មោះមួយថ្មីទៅត់បើខ្ញុំប្តូរធនាគារឬគណនេយ្យធនាគារ ។ ខ្ញុំដឹងថាបើខ្ញុំចង់បញ្ឈប់ការដាក់ប្រាក់ជំនួយចូលក្នុងគណនេយ្យដោយផ្ទាល់នេះ ខ្ញុំត្រូវប្រាប់ក្រសួង DSHS ជាលាយល័ក្ខអក្សរ ។ ខ្ញុំបានអាននិងបានយល់សេចក្តីនៅខាងលើហើយ ។	
ហត្ថលេខា	ថ្ងៃខែ

ភាគទី 2 ៖ ភាគបន្តទៅនេះត្រូវតែបំពេញដោយធនាគាររបស់អ្នក (PART 2. THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY YOUR BANK.)		
BANK TRANSIT/ROUTING NUMBER		BANK ACCOUNT NUMBER
I certify the bank transit/routing number and the personal account number listed above are correct.		
BANK EMPLOYEE'S SIGNATURE	DATE	PRINT NAME OF BANK EMPLOYEE HERE
BANK'S NAME AND BRANCH		