Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

直接存儲登記表
DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

說明：

1.請填寫此表格上部的欄目，簽名並註明填寫日期。
2.請您的銀行填寫此表格下部的欄目。
3.將填好的表格寄往：

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

第一部份 請工整填寫下列資訊	
姓名(您的姓氏、名字和中間名縮寫)	您的電話號碼(和區號)
您的通信地址城市州郵遞區號	
您的案主識別號碼	社會安全卡號碼
或	
您的銀行帳戶號碼	是何類帳戶？在一個上面打勾。 ☐ 支票 ☐ 儲蓄

請閱讀下文並在下面簽名

本人授權社會福利與健康服務部將我的現金補助福利直接存入下列銀行帳戶。如果需要的話，他們也可以修正任何輸入錯誤。如果本人的銀行或銀行帳戶有變動，我同意重新填寫一張登記表。本人明白，如果我想停止使用直接存儲服務，我必須以書面形式通知社會福利與健康服務部。

我已經閱讀並理解上文。

簽名	日期

第二部份 以下內容須由您的銀行填寫。 (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		