Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ثبت نام برای واریز مستقیم

DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

دستورات:

1. قسمت بالای این فورم را پر کنید، امضاء کنید، و تاریخ بگذارید.
2. از بانك خود بخواهید که قسمت پائین این فرم را پر کنند.
3. فرم تکمیل شده را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

قسمت 1. لطفاً اطلاعات زیر را خوانا بنویسید	
نام (نام خانوادگی، نام، و نام وسط) خود	شماره تلفن (و کد ناحیه) خود
نشانی پستی خود — شهر — ایالت — کد پستی	
شماره شناسائی مشتری خود — یا — شماره سوشل سکیوریتی	
شماره حساب بانکی خود	چه نوع حساب بانکی است؟ یکی را علامت بگذارید. ☐ حساب جاری (چکینگ) ☐ حساب پس انداز (سیوینگ)

لطفاً قسمت زیر را بخوانید و در زیر امضاء کنید

من به اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (Department of Social and Health Services-DSHS) اختیار میدهم که مزایای کمك نقدی من را مستقیماً در حساب ذکر شده در پائین واریز کنند. در صورت لزوم، آنها میتوانند اشتباهات رخ داده شده در زمان داده دهی تصحیح کنند. در صورت تغییر بانکها یا شماره حساب بانکها من موافقت میکنم که فرم ثبت نام جدیدی را پر کنم. من متوجه هستم که اگر مایل باشم که واریز مستقیم را قطع کنم، باید DSHS را کتباً مطلع سازم.

من متن بالا را خوانده و فهمیده ام.

امضاء	تاریخ

قسمت 2. قسمت زیر باید توسط بانك شما تکمیل شود. (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	