DIRECT DEPOSIT REQUEST FORM

CHILD CARE COUNCIL OF SUFFOLK, INC.

Complete this form, then print it, sign it and return with a voided check to Child Care Council of Suffolk Inc., Attention Christina Flythe, CACFP Director, 60 Calvert Avenue Commack, New York 11725

□ ADD (New Participant)	□ CHANGE (Financial Institution and/Account #)	□ DELETE (Cancel Participation)

I (we) hereby authorize **CHILD CARE COUNCIL OF SUFFOLK, INC.** to initiate credit entries and if necessary, initiate debit correction or adjustment entries to my (our) account(s) at the financial institution(s) indicated below.

Please attach a voided check or financial institution letter for account validation.

□ CHECKING □ SAVINGS

Depository Financial Institution		Branch
Address		
City	State	Zip Code

TRANSIT ROUTING NUMBER

ACCOUNT NUMBER INFORMATION

This authority is to remain in full force and effect until the Company has received written notification from me (or either of us) of its termination in such a time and manner as to afford the Company and the Depository Institution a reasonable opportunity to act on it.

Name(s)- Please Print			
Address		City and State	Zip Code
Signed	Date	Signed	Date

THIS FORM IS TO BE RETAINED BY THE CHILD CARE COUNCIL OF SUFFOLK, INC. AS A MATTER OF RECORD.
PLEASE RETAIN A COPY FOR YOUR RECORDS

"YOUR LINK TO CHILD CARE OPTIONS"

60 CALVERT AVENUE ● COMMACK, NY 11725 ● 631-462-0303
ADMINISTRATION: 631-462-0444 ● EAST END OFFICE: 631-905-0184
FAX: 631-462-1617 ● E-MAIL: info@childcaresuffolk.org ● WEBSITE: www.childcaresuffolk.org

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DEPÓSITO DIRECTO

CHILD CARE COUNCIL OF SUFFOLK, INC.

Complete este formulario, luego imprímalo, fírmelo y devuélvalo con un cheque anulado al Child Care Council of Suffolk Inc., Atención Christina Flythe, Directora del CACFP, 60 Calvert Avenue Commack, Nueva York 11725

□ AÑADIR (Nuevo Participante)	□ CAMBIO (Institución financiera y/# de cuenta)	□ ELIMINAR (ELIMINAR)

Por la presente, autorizo al **CHILD CARE COUNCIL OF SUFFOLK, INC.** A iniciar entradas de crédito y, si es necesario, iniciar entradas de corrección o ajuste de débito en mi (nuestra) cuenta (s) en las instituciones financieras indicadas a continuación.

Adjunte un cheque anulado o una carta de la institución financiera para la validación de la cuenta.

□ CUENTA DE CHEQUES □ CUENTA DE AHORROS

Institución Financiera Depositaria		Sucursal
Direccion		
Ciudad	Estado	Código Postal

NÚMERO DE RUTA DE TRÁNSITO

INFORMACIÓN DEL NÚMERO DE CUENTA

Esta autoridad debe permanecer en pleno vigor y efecto hasta que la Compañía haya recibido una notificación por escrito mía (o de cualquiera de nosotros) sobre su terminación de manera tal que la Compañía y la Institución de Depósito tengan una oportunidad razonable de actuar en consecuencia.

Nombre(s)- Por favor imprimir			
Direccion		Ciudad y Estado	Código Postal
Firma	Fecha	Firma	Fecha

ESTE FORMULARIO DEBE SER CONSERVADO POR EL CHILD CARE COUNCIL OF SUFFOLK, INC. COMO MATERIA DE REGISTRO. POR FAVOR, GUARDE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS

"YOUR LINK TO CHILD CARE OPTIONS"

60 CALVERT AVENUE ● COMMACK, NY 11725 ● 631-462-0303
ADMINISTRATION: 631-462-0444 ● EAST END OFFICE: 631-905-0184
FAX: 631-462-1617 ● E-MAIL: info@childcaresuffolk.org ● WEBSITE: www.childcaresuffolk.org