

## Alimenty na dziecko w stanie Nowy Jork

# Formularz rejestracji bezpośrednich wpłat na konto

Dotyczy TYLKO bezpośrednich wpłat na konto. Nie należy używać tego formularza w celu uzyskania karty debetowej. (Prosimy wyraźnie pisać [na przykład drukowanymi literami] czarnym długopisem).

Zalecenia:

- Należy wypełnić **OBIE** poniższe części i odesłać formularz **TYLKO** wtedy, gdy chce się zarejestrować bezpośrednie wpłaty na konto.
- Imię i nazwisko osoby rejestrującej musi być przypisane do konta w banku lub kasie oszczędnościowo-kredytowej.
- W przypadku braku identyfikatora sprawy w stanie Nowy Jork rejestracja nie będzie możliwa.
- W przypadku otrzymywania płatności na więcej niż jedno konto do obsługi alimentów na dziecko w stanie Nowy Jork należy wypełnić i złożyć osobny formularz dla każdego konta używanego do obsługi alimentów. Trzeba też podać identyfikator sprawy w stanie Nowy Jork.
- Wypełniony formularz należy wysłać na adres: NYS Child Support Processing Center, PO Box 15367, Albany, NY 12212-5367.
- W razie pytań dotyczących wypełniania niniejszego formularza lub wniosku o wydanie karty debetowej należy się kontaktować z Child Support Helpline (Infolinia alimentacyjna) pod numerem 888-208-4485, TTY 866-875-9975, Relay Service ([fcc.gov/encyclopedia/trs-providers](http://fcc.gov/encyclopedia/trs-providers)).

## A. Informacje wymagane do rejestracji wpłat bezpośrednich do wypełnienia przez osobę rejestrującą

Należy podać następujące informacje o sobie i swoim koncie używanym do obsługi alimentów. W razie braku KTÓREJKOLWIEK z tych informacji formularz zostanie zwrócony do uzupełnienia.

Imię	Inicjał drugiego imienia	Nazwisko		
Adres pocztowy		Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Data urodzenia (MM/DD/YYYY)	Numer ubezpieczenia społecznego	Identyfikator sprawy w stanie Nowy Jork (np. AB12345C1)	Hrabstwo	
Numer telefonu	Adres e-mail (opcjonalnie)			

Oświadczam, że mam prawo do alimentów na dziecko lub połączonych alimentów na dziecko i żonę/męża w związku ze sprawą w stanie Nowy Jork o podanym wyżej identyfikatorze. Wyrażam zgodę, aby wszystkie przysługujące mi alimenty na dziecko i/lub alimenty na żonę/męża kierowane do instytucji finansowej wymienionej poniżej były wpłacane na konto wskazane przez tę instytucję finansową. Niniejsze upoważnienie pozostanie w mocy do czasu dostarczenia przeze mnie pisemnego powiadomienia o rezygnacji. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję konieczność odczekania rozsądnego okresu na rozpatrzenie powiadomienia o rezygnacji.

Podpis \_\_\_\_\_ Data (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

## B. Wymagane informacje do wypełnienia przez instytucję finansową

Prosimy o zanieśenie tego formularza do banku lub kasy oszczędnościowo-kredytowej w celu wypełnienia następujących informacji i uzyskania podpisu upoważnionej osoby:

Informacje bankowe:

Nazwa instytucji finansowej (banku lub kasy oszczędnościowo-kredytowej):

Adres pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Dane konta:

Czeki  Oszczędności (NIE MOŻE to być konto powiernicze na rzecz innego beneficjenta ani konto w zagranicznej instytucji finansowej)

Numer konta \_\_\_\_\_ Numer tranzytowy \_\_\_\_\_

Jako przedstawiciel wymienionej wyżej instytucji finansowej zaświadczam, że instytucja ta obsługuje transakcje ACH i będzie przyjmować oraz deponować środki wpłacane z tytułu alimentów na konto o podanym wyżej numerze.

Podpis przedstawiciela \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko przedstawiciela (drukowanymi literami) \_\_\_\_\_ Data (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_