

ESTADO DE NUEVA YORK  
JUNTA COMPENSACIÓN OBRERA

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

**Indicaciones:** Este es un ejemplo de formulario con fines ilustrativos. No complete este formulario. Para comenzar, cambie o cancele la transmisión de cheques de beneficios de compensación obrera y/o fondos provenientes de un acuerdo en virtud de la § 32 de la WCL (en adelante, beneficios del acuerdo) directamente a una institución financiera: llene el formulario en el sitio web de su compañía de seguros o administrador y envíeles el formulario directamente. **No lo envíe a la Junta de Compensación Obrera.** Si necesita una copia impresa del formulario, comuníquese con su aseguradora.

### DERECHOS DEL DEMANDANTE AL DEPÓSITO DIRECTO

- Este formulario es opcional, pero tiene el derecho a recibir sus beneficios de compensación obrera o por fallecimiento en la forma de un depósito directo. También tiene el derecho a recibir los beneficios de compensación obrera o por fallecimiento mediante un cheque por correo.
- Tiene derecho a cancelar el depósito directo en cualquier momento marcando el casillero adecuado en este formulario y enviando el formulario completo al administrador de reclamos responsable del reclamo de compensación obrera. La solicitud se implementará en los cuarenta y cinco días siguientes a la recepción del aviso y a partir de entonces se enviará el pago de beneficios por cheque.
- A partir del 1 de julio de 2021, usted tiene el derecho a que dichos pagos se depositen en al menos dos cuentas bancarias tras su solicitud, ya sea como un porcentaje del beneficio total o un monto fijo en dólares por cada depósito. Puede que el administrador de reclamos solicite un importe mínimo de hasta \$20 en cada cuenta bancaria.

### AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

- Autorizo al administrador de reclamos a depositar mis beneficios de compensación obrera o beneficios por fallecimiento directamente en la(s) cuenta(s) bancaria(s) especificadas.
- Autorizo al administrador de reclamos a debitar la cuenta para recuperar todo crédito depositado por error. El administrador de reclamos podrá cobrar créditos depositados por error mediante cualquier medio legal. **IMPORTANTE:** Este consentimiento no autoriza al administrador de reclamos a cobrar supuestos sobrepagos de los beneficios establecidos y concedidos.
- Comprendo que cualquier cambio en mi situación laboral puede afectar mi derecho a recibir beneficios.
- Comprendo que toda declaración falsa o no divulgar un hecho sustancial con el fin de obtener o incrementar mis beneficios puede tener como resultado una acción penal, la inhabilitación de los beneficios y el reembolso de todo fondo depositado en mi cuenta.
- Comprendo que no notificar a la compañía de seguros, al empleador autoasegurado o un administrador de terceros (third-party administrator, TPA) (administrador de reclamos) sobre todo cambio de institución financiera o cuenta puede retrasar la recepción de mis prestaciones o los fondos del acuerdo.
- Comprendo que para cambiar o cancelar el depósito directo de mis beneficios de compensación obrera o beneficios por fallecimiento debo enviar este formulario al administrador de reclamos.
  - Comprendo que tengo la obligación de notificar inmediatamente al administrador de reclamos si ya no tengo derecho a recibir dichos pagos o sobre cambios en las circunstancias que afecten mi derecho a dicho pago.
  - Comprendo que el administrador de reclamos puede solicitarme certificar anualmente que sigo eligiendo recibir dichos beneficios por depósito directo y que si no lo hago el administrador de reclamos puede suspender el depósito directo y a partir de entonces proporcionar los beneficios mediante un cheque.



**NUEVA INSCRIPCIÓN**       **CAMBIAR**       **CANCELAR**

**SECCIÓN 1 (A RELLENAR POR EL DEMANDANTE)**

<b>Nombre del Depositante/Demandante</b> (apellido, nombre):	<b>Número de reclamo de la WCB:</b>
<b>Número de teléfono</b> (incluido el código de área):	<b>Dirección de correo electrónico:</b>
<b>Dirección:</b>	
<p><b>DEPOSITANTE/DEMANDANTE/CERTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA CONJUNTA</b>          Certifico que tengo derecho a recibir los pagos por compensación subyacentes o beneficios por fallecimiento y que las circunstancias que me dan derecho a los beneficios o beneficios por fallecimiento no han cambiado. Comprendo que el administrador de reclamos puede solicitar una certificación anual de la continuidad del derecho a dichos pagos o beneficios y que tal certificación debe brindarse en sesenta días para continuar con los pagos por depósito directo.</p>	
<b>Firma de certificación del Depositante/Demandante</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma de certificación del titular de la cuenta conjunta</b>	<b>Fecha</b>

**SECCIÓN 2**

Realice una verificación con su institución financiera para completar la información solicitada en esta sección. El depósito directo solo está disponible si su institución financiera es parte de la Cámara de Compensación Automatizada del Estado Nueva York (New York State Automated Clearinghouse). Además, el nombre del depositante DEBE aparecer en la cuenta.

<b>Nombre de la institución financiera:</b>	<b>Tipo de cuenta:</b> <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> De ahorro Importe o porcentaje a depositar: _____
<b>Número de cuenta del depositante</b> (Formato EFT [Transferencia Electrónica de Fondos]):	<b>Número de ruteo:</b>

<b>Nombre de la segunda institución financiera:</b>	<b>Tipo de cuenta:</b> <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> De ahorro Importe o porcentaje a depositar: _____
<b>Número de cuenta del depositante</b> (Formato EFT [Transferencia Electrónica de Fondos]):	<b>Número de ruteo:</b>