

Helping Hands, Inc
Deposito Directo

Nombre de la Provedora: _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO

Yo autorizo a Helping Hands para iniciar pagos electrónicos a:
(Marque solo uno)

Cuenta de cheques o Cuenta de Ahorros

Yo acepto que el origen de la transacción ACH a mi cuenta debe obedecer la provisión de la ley de los Estados Unidos. Este poder permanece en efecto hasta que yo lo haya cancelado por escrito.

****Por favor, adjunte un cheque cancelado o un talonario de depósito cancelado**

Nombre(s) que aparece en la Cuenta – (deletree bien)

Nombre de la Institución Financiera (Banco o Credit Union)

Oficina / Rama (locación y/o nombre)

Institución Financiera (Banco o Credit Union) Ciudad y Estado

Numero de Cuenta de la Institución Financiera (Banco o Credit Union)

Institución Financiera (Banco o Credit Union) Numero del Transito (9 números)

Firma _____ Fecha _____