

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR DEPÓSITO DIRECTO

Información del Estudiante: Número de Estudiante _____

Apellidos y Nombre _____ Últimos 4 dígitos de Seguro Social _____

Dirección Postal _____

Pueblo _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Solicito y autorizo a **Florida Technical College an Academic Unit of National University College**, a que el importe neto del salario de nómina del Programa de Estudio y Trabajo y/o reembolsos de fondos, se acrediten a mi cuenta bancaria de la institución financiera aquí designada:

Información de la Institución Financiera:

Nombre de la Institución Financiera _____

Número de Cuenta Bancaria _____

Número de Ruta y Tránsito (ABA Number) _____

Tipo de Cuenta Cheque Ahorro Otra (especifique) _____

Entiendo que para completar este proceso:

1. La cuenta bancaria tiene que pertenecer a mi persona.
2. Es requerido entregar un cheque cancelado o una certificación de mi cuenta bancaria expedida por la institución financiera.
3. Estos documentos deben ser entregados en la Oficina de Asistencia Económica.

Autorizo que esta solicitud sea procesada al momento en que así lo disponga **Florida Technical College an Academic Unit of National University College**. Entiendo que cualquier reclamación de mi parte por concepto de salario y/o reembolsos de fondos acreditados a mi cuenta conforme a esta autorización, se hará directamente con **Florida Technical College an Academic Unit of National University College**.

En caso de ocurrir algún error en el crédito, **Florida Technical College an Academic Unit of National University College** está autorizado a debitarlo de dicha cuenta.

Esta autorización continuará en efecto hasta tanto notifique la cancelación de este beneficio por escrito o gestione un nuevo formulario para cambiar de institución financiera, 30 días antes de la fecha de efectividad.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____