

DIRECT DEPOSIT APPLICATION

PCA's Name: _____ PCA's Phone Number: _____

Consumer #: _____ Consumer's Name: _____

Account Information

Name on Bank Account: _____

(PER MASSHEALTH - Direct Deposit Accounts must be in the name of the employee only, the account cannot be a joint account shared by the PCA and the Consumer or the Surrogate.)

Bank Name: _____

Bank Routing #: _____ Bank Account #: _____

This is a Checking Account Savings Account

For a checking account please attach a voided check or a copy of a check (Starter checks must contain a preprinted PCA name and account number). For a savings account please attach a document from the bank indicating the PCA's name, the routing number and account number (cannot be handwritten). **Do not attach a deposit slip. We will not process this application without a voided check, a copy of a check, or a document from your bank indicating the routing number and account number.**

ATTACH CHECK HERE:

The image shows a sample check form with the following fields and values:

- Payor Name: John Doe
- Payor Address: 123 Main Street, Quincy, MA 02169
- Amount: 1000
- DATE: _____
- PAY TO THE ORDER OF: _____
- Currency: \$
- DOLLARS: _____
- FOR: _____
- Routing Number: 0000000186
- Account Number: 000000529
- Check Number: 1000

Routing Number Account Number Check Number – Do Not Use

I hereby authorize Tempus Unlimited, Inc. (hereinafter "Company") to deposit any amounts owed to me by initiating credit entries to my account at the financial institution (hereinafter "Bank") indicated on this form. Further, I authorize the Bank to accept and to credit any credit entries indicated by the Company to my account. In the event that the Company deposits funds erroneously into my account, I authorize the Company to debit my account for an amount not to exceed the original amount of the erroneous credit. This authorization is to remain in full force and effect until the Company and the Bank have received written notice from me of its termination in such time and in such manner as to afford the Company and the Bank reasonable opportunity to act on it.

PCA's Signature: _____ Date: _____

APLICACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO

Nombre de PCA: _____ Número Telefónico de PCA: _____

Numero de Consumidor: _____ Nombre de Consumidor: _____

Información de Cuenta

Nombre de persona en la cuenta de Banco: _____

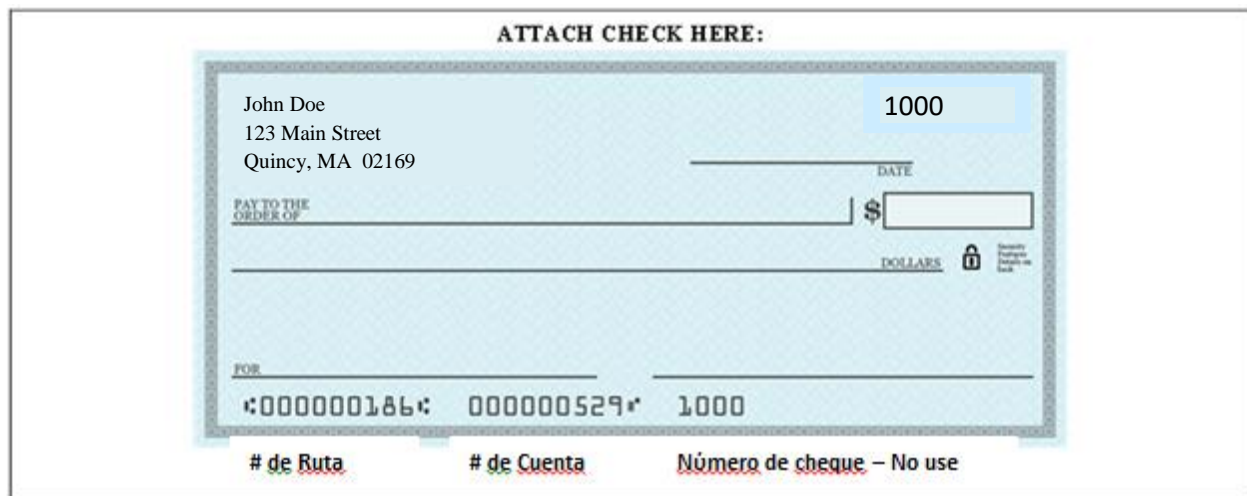
POR MassHealth - Cuentas de depósito directo deben de estar solamente a nombre de PCA, la cuenta no puede ser una cuenta conjunta compartida por el PCA y el consumidor o el delegado.

Nombre de Banco: _____

de Ruta: _____ # de Cuenta: _____

Estos es una **cuenta de chequera** **cuenta de ahorros**

Para una cuenta corriente, por favor sujete un cheque nulo o una copia del cheque **(Cheques de inicio tienen que tener el nombre de PCA y el número de cuenta preimpreso)**. Para una cuenta de ahorros, por favor sujete un documento de su banco que indique el número de ruta y el número de cuenta **(no puede ser escrito a mano)**. Por favor de no sujetar una hoja de depósito. **(No procesaremos esta aplicación sin un cheque nulo, una copia del cheque o un documento de su banco indicando el número de ruta y el número de cuenta.)**



Por la presente autorizo Tempus Unlimited, Inc. (de aquí en adelante "compañía") a depositar cualquier cantidad debida yo iniciando entradas de crédito a mi cuenta en la institución financiera. (Más adelante "banco") indicado en esta forma. Además, autorizo el banco a aceptar y a acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la compañía a mi cuenta. En caso que la compañía deposite fondos erróneamente en mi cuenta, autorizo a la compañía al cargar cuenta por una cantidad que no exceda la cantidad original del crédito erróneo. Esta autorización es de permanecer a toda fuerza y efecto completo hasta que la compañía y el banco hayan recibido el aviso escrito de mí de su terminación en tal hora y de tal manera que le produzca a la compañía y al banco oportunidad razonable para actuar sobre ella.

Firma de PCA: _____

Fecha: _____