

**PLATINUM HOME HEALTH CARE
FORMS**

DIRECT DEPOSIT FORM
FORMULARIO DE DEPÓSITO DIRECTO

DATE/FECHA: _____

NAME/NOMBRE _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Social Security #/Numero de Seguro Social: _____

Signature/Firma: _____

BANK INFORMATION/ INFORMACIÓN BANCARIA

BANK NAME/BANCO: _____

ACCOUNT TYPE (Choose One)/ TIPO DE CUENTA (Elija Uno): CHECKING SAVINGS

ACCOUNT NUMBER/NUMERO DE CUENTA: _____

ROUTING NUMBER/ NÚMERO DE RUTA: _____

I authorize Platinum Home Health Care and my bank to automatically deposit my payroll check into my account listed above (this includes my authorization to correct entries made in error.) This authorization will remain in effect until I give written notice to cancel it.

Autorizo a Platinum Home Health Care y a mi banco a depositar automáticamente mi cheque de nómina en mi cuenta listada arriba (esto incluye mi autorización para corregir las entradas hechas por error). Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo dé aviso por escrito para cancelarlo.