



32980 Alvarado-Niles Road, Suite 856 Union City, CA 94587 · P 510.796-9512 · F 510.489-2742  
Serving Southern Alameda County · Head Start · Early Head Start · California Child Care

## Formulario de solicitud de DEPÓSITO DIRECTO del proveedor

Automated Clearing House (ACH)/Electronic Fund Transfer (EFT)

### Información del Proveedor:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

“Negocio como” o DBA: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono #: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información Bancaria:

Nombre del centro financiero del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del centro financiero: \_\_\_\_\_

Ciudad del centro financiero: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto del centro financiero: \_\_\_\_\_ Teléfono #: ( ) \_\_\_\_\_

Número de Ruta: \_\_\_\_\_ Número de cuenta #: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta (por favor marque solo uno): Cheques  Ahorros

### Autorización del Proveedor/propietario de la cuenta

Firme a continuación para confirmar que está autorizando a CFCS a comenzar a transferir los pagos debidos por los servicios prestados a la cuenta mencionada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Título

( ) \_\_\_\_\_

Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor envíe el formulario completado y una **copia/foto de un cheque anulado** o una carta del centro financiero con la confirmación de la información de su cuenta. Envíe el documento completo por correo electrónico a [vendedorEFTdeposit@cfcsinc.org](mailto:vendedorEFTdeposit@cfcsinc.org).

**Nota: Permita 20 días para el procesamiento inicial de EFT debido al proceso de verificación.**