

## Deposito Directo (CCA) Formulario de Autorización

Trabajador Lesionado \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de Lesion \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Complete este formulario en su totalidad, adjunte una copia de un cheque (s) anulado (s) o una carta del banco confirmando los detalles de la cuenta y haga una copia para sus registros. El depósito directo solo está disponible si su institución financiera es parte de la Cámara de Compensación Automatizada del Estado de Nueva York. Además, su nombre DEBE aparecer en la cuenta.

**Derechos del solicitante al depósito directo:**

- Este formulario es opcional, pero usted tiene derecho de recibir sus beneficios de indemnización de compensación de trabajadores o beneficios por fallecimiento en la forma de depósito directo. Usted también tiene derecho a recibir sus beneficios de indemnización de compensación de trabajadores o beneficios por fallecimiento mediante un cheque impreso por correo.
- Usted tiene derecho a cancelar el depósito directo en cualquier momento marcando la casilla correspondiente en este formulario y enviando el formulario completo al administrador de reclamos responsable del reclamo de compensación de trabajadores. La solicitud se implementará dentro de cuarenta y cinco días posteriores a la recepción de la notificación y posteriormente el pago de los beneficios se enviará mediante un cheque impreso.
- A partir del 1 de julio de 2021, usted tiene derecho a que dichos pagos se depositen en al menos dos cuentas bancarias cuando lo solicite, ya sea como un porcentaje del beneficio total o una cantidad fija en dólares por cada depósito. El administrador de reclamos puede requerir una cantidad mínima de hasta \$ 20 en cada cuenta bancaria.

**Autorizaciones y entendimientos:**

- Yo autorizo al administrador de reclamos a depositar directamente mis beneficios de indemnización de compensación de trabajadores o beneficios por fallecimiento en la(s) cuenta(s) bancaria(s) especificada(s).
- Yo autorizo al administrador de reclamos a debitar la cuenta para recuperar cualquier crédito depositado por error. El administrador de reclamos puede recuperar los créditos depositados por error por cualquier medio legal. **IMPORTANTE:** Este consentimiento no autoriza al administrador de reclamos a recuperar supuestos pagos excesivos de beneficios establecidos y otorgados.
- Yo entiendo que cualquier cambio en mi situación laboral puede afectar mi derecho a recibir beneficios.
- Yo entiendo que cualquier declaración falsa o no divulgar un hecho relevante para obtener o aumentar mis beneficios puede resultar en un proceso penal, la descalificación de los beneficios y el reembolso de los fondos depositados en mi cuenta.
- Yo entiendo que el hecho de no notificar a la compañía de seguros, el empleador auto asegurado o el administrador externo (AE) (administrador de reclamos) de cualquier cambio en la institución financiera o en la cuenta puede retrasar la recepción de mis beneficios o los ingresos del acuerdo.
- Yo entiendo que para cambiar o cancelar el depósito directo de mis beneficios de indemnización de compensación de trabajadores o beneficios por fallecimiento, yo necesito emitir este formulario al administrador de reclamos.
- Yo entiendo que tengo la obligación de notificar de inmediato al administrador de reclamos si ya no tengo derecho a tales pagos, o de cambios en las circunstancias que afecten mi derecho a dicho pago.
- Yo entiendo que el administrador de reclamos puede exigirme que certifique anualmente que continúo eligiendo el recibo de dichos beneficios mediante depósito directo, y que si no lo hago, el administrador de reclamos puede discontinuar el depósito directo y luego proporcionar los beneficios mediante un cheque impreso.

Tipo  Nueva inscripción  Cambio  Cancelación

Depositante/Nombre del solicitante _____ Numero telefonico _____ Direccion _____ Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Numero de ruta bancaria (NRB#) _____ Ciudad del banco, Estado _____ <b>Opcional 2ª Cuenta</b> Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Numero de ruta bancaria (NRB#) _____ Ciudad del banco, Estado: _____	Numero de reclamo de la JCT _____ Email Address _____ Nombre del banco/Institución financiera _____ Número de cuenta bancaria (Formato TEF) _____ \$ o % del Deposito _____ Nombre del banco/Institución financiera _____ Número de cuenta bancaria (Formato TEF): _____ \$ o % del Deposito _____
--	---

**DEPOSITANTE/SOLICITANTE/CERTIFICACIÓN DE TITULAR DE CUENTA CONJUNTA:** Yo certifico que yo tengo derecho a recibir los pagos de compensación subyacentes o los beneficios por fallecimiento y las circunstancias que me dan derecho a los beneficios o beneficios por fallecimiento no han cambiado. Yo entiendo que el administrador de reclamos puede solicitar una certificación anual de derecho continuo a dichos pagos o beneficios y que dicha certificación debe proporcionarse dentro de sesenta días para poder continuar con los pagos mediante depósito directo.

Depositante/Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del titular de la cuenta conjunta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_