



# WESTERN WASHINGTON PAINTERS PENSION TRUST

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

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

Nombre de la institución financiera: \_\_\_\_\_

Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

\* Por favor, verifique que su cuenta bancaria permita depósitos ACH

**Nota:** Si su tipo de cuenta es de cheques, adjunte un cheque anulado o una verificación de cuenta de su banco. Si su tipo de cuenta es de ahorros, adjunte un comprobante de depósito. Verifique que su número de ruta y número de cuenta sean correctos y estén en el cheque anulado y en el comprobante de depósito.

Cualquier solicitud recibida el día 10 del mes o antes se procesará el mes siguiente. Las solicitudes recibidas después del día 10 del mes se procesarán el segundo mes siguiente a la solicitud recibida.

Por la presente autorizo a la Mesa Directiva de Western Washington Painters Pension Trust a depositar todas las cantidades que se me adeuden en virtud del Plan de Jubilación en mi cuenta en la Institución Financiera mencionada anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito o hasta mi muerte, lo que ocurra primero. Si, debido a la falta de conocimiento de mi muerte, el Plan de Jubilación distribuye cheques de beneficios después de mi muerte para depositarlos en mi cuenta, autorizo y ordeno a la Institución Financiera que reembolse al Plan de Jubilación cualquier cantidad pagada después de mi muerte.

---

Firma

---

Fecha

Por favor, devuelva el formulario completado y debidamente firmado a:

Western Washington Painters Pension Trust Fund Office PO Box 58830

Tukwila, WA 98138

Phone 206-518-9730 Fax 425 251-1976