



**Acclaim Health
Services**

Direct Deposit Agreement Form

Authorization Agreement

I hereby authorize the agency, Acclaim Health Services, INC. to initiate automatic deposits to my account at the financial institution named below. I also authorize Acclaim Health Services, INC. to make withdrawals from this account in the event that a credit entry is made in error.

Further, I agree not to hold Acclaim Health Services, INC. responsible for any delay or loss of funds due to incorrect or incomplete information supplied by me or by my financial institution or due to an error on the part of my financial institution in depositing funds to my account.

This agreement will remain in effect until Acclaim Health Services, INC. receives a written notice of cancellation from me or my financial institution, or until I submit a new direct deposit form to the agency's Payroll Department. Updates to financial information may take up to 2 (two) pay periods to take effect, during that time I will receive a check.

Yearly during the month of December, there will be no Direct Deposits processed and I will receive a check for each of the 2 (two) pay periods.

Action: New | Change | Cancel | Decline

Account Information*

Name of Financial Institution: _____

Routing Number: _____

Account Number: _____ Checking | Savings

Email Address: _____

Last four numbers of SSN: _____

Signature

Printed Name: _____ Date: _____

Authorized Signature: _____ Date: _____

****Please attach a voided check or a letter from your bank with the Account Information.***



**Acclaim Health
Services**

Acuerdo de Depósito Directo

Acuerdo de Autorización

Yo autorizo a la agencia, Acclaim Health Services, Inc. que inicie depósitos automáticos a mi cuenta en la institución financiera que se menciona a continuación. También autorizo a Acclaim Health Services, Inc. que haga retiros de esta cuenta en caso de que una entrada de crédito sea hecha por error.

Adicionalmente, estoy de acuerdo en no responsabilizar a Acclaim Health Services, Inc. de cualquier demora o pérdida de fondos debido a la información incorrecta o incompleta proporcionada por mí o por mi institución financiera o debido a un error por parte de mi institución financiera en depositar fondos para mi cuenta.

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que Acclaim Health Services, Inc. reciba un aviso de cancelación por escrito de mí o de mi institución financiera, o hasta que yo presente un nuevo Acuerdo de Depósito Directo al departamento de nóminas de la agencia. Las actualizaciones de la información financiera pueden tomar hasta 2 (dos) períodos de pago para que se hagan efectivos, durante ese tiempo recibiré un cheque.

Anualmente durante el mes de Diciembre, no habrá Depósitos Directos procesados y recibiré un cheque por cada uno de los 2 (dos) periodos de pago.

Acción: Nuevo | Cambio | Cancelar | Negado

Información de la Cuenta*

Nombre de la Institución Financiera: _____

Número de ruta: _____

Número de cuenta: _____ Cheques | Ahorros

Dirección de correo electrónico: _____

Últimos cuatro números de SSN: _____

Firma

Nombre (letra molde): _____ Fecha: _____

Firma autorizada: _____ Fecha: _____

*** Por favor adjunte un cheque anulado o una carta de su banco con el número de ruta y el número de cuenta.**