

Solicitud para el Sistema de Deposito Automático (ADS)

Nombre del Client _____

(el nombre debe ser el mismo de la cuenta bancaria)

Número de Cliente _____ e-mail _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono de la casa _____

Nombre del banco _____ Teléfono del banco _____

Su depósito del Plan de Administración de Pagos (DMP) es \$ _____.

Retire mi depósito de CCS de mi cuenta de (elijá una) CHEQUES o AHORROS

Indique el mes en que quiere que empiece el depósito automático: _____.

Por favor díganos abajo las fechas en las que usted quiere que retiremos los fondos de su cuenta. Puede elegir entre una o dos fechas. Las fechas elegidas deben ser entre el 1ro. y el 28 de cada mes. Indique la cantidad de cada retiro en la columna de la derecha. El total de todas las cantidades debe ser igual al pago total de su depósito del DMP listado arriba.

Fecha de Retiro (1-28)	Fecha de Retiro

Si más de un fecha de retiro es seleccionada, los fondos no se distribuirán hasta que el depósito completo haya sido recibido. Los fondos de ADS no son fondos garantizados; por lo mismo, los fondos no se distribuirán a sus acreedores por un mínimo de 5 días. Los fondos retirados después del 21 del mes, es posible que no sean distribuidos hasta el siguiente mes.

UN CHEQUE ANULADO O UNA FORMA DE RETIRO DEBE ANEXARSE AQUI →

Si su institución financiera no proporciona formas de ahorro o cheques, por favor anexe una carta con membrete de su banco indicando su routing y número de cuenta para retiro automático.

Entiendo que CCCS puede hacerme un cargo de \$25.00 por falta de fondos (NSF) y que este cargo será retirado en my próximo retiro programado.

Entiendo que puedo incrementar o disminuir mi retiro verbalmente hasta en \$150 al mes.

Entiendo que cualquier aumento o disminución adicional requiere una notificación escrita que debe ser recibida por CCCS con un mínimo de 5 días hábiles antes de la fecha de retiro seleccionada.

Yo soy el único responsable de comunicarme con CCCS en un lapso de 48 horas después de que mi solicitud haya sido enviada por fax para asegurarme de que mi solicitud ha sido recibida y procesada.

Yo recibiré una notificación por escrito de CCCS informándome la fecha de inicio. Si no recibo esta carta 5 días hábiles antes de la fecha programada de retiro, debo comunicarme con CCCS al 1-800-251-2227 para verificar el estado de mi ADS.

Yo autorizo a CCCS a que procese los retiros de mi cuenta. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo dé un aviso escrito para terminarla. Esta autorización debe ser recibida en el transcurso de 5 días hábiles de la fecha especificada del retiro.

Si CCCS ya ha distribuido mis fondos y yo revoco después la transacción de ADS, yo autorizo a mi banco a que reembolse esos fondos a CCCS, de mi cuenta.

Firma _____

Fecha _____

**Envíe la forma completa por fax al 404-653-8882, o por correo a:
CCCS, Attn ADS, 100 Edgewood Avenue, Suite 1800, Atlanta, GA 30303**