



Attn. Benefits Payable  
P.O. Box 15429  
Columbus, Ohio 43215-0429

**Instrucciones**

Adjunte a su Inscripción completa en ACT y autorización para realizar un depósito directo un cheque nulo o un recibo de depósito personal que contenga su información bancaria y número de cuenta. Debemos tener un cheque nulo o un recibo de depósito en su cuenta para procesar su solicitud de ACT (transferencia automática de **COMPENSACIÓN**).

**Receptor/Beneficiario**

Beneficiario ( <i>primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i> )	Número de Seguro Social
---	-------------------------

Número(s) de reclamo(s)
-------------------------

**Información de la cuenta**

Nombre de la institución financiera	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------------------	--------	--------	---------------

Número de ABA (American Banking Association) o número de ruta
---

Número de cuenta	Tipo de cuenta ( <i>corriente o de ahorros</i> )	Nombre del titular de la cuenta
------------------	--	---------------------------------

Autorizo a BWC a comenzar a realizar los depósitos directos del pago o de los pagos de mi beneficio en concepto de indemnización del trabajador según lo indicado. Además autorizo el retiro de cualquier fondo depositado por error. Esta autorización permanecerá en plena vigencia hasta que yo le envíe a BWC información actualizada de mi cuenta. Asimismo acuerdo mantener actualizada mi información bancaria. Si no mantengo actualizada mi información bancaria, BWC emitirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para que pueda recibir mis pagos del beneficio de la indemnización del trabajador.

Comprendo, de conformidad con los términos de este acuerdo, que el depósito de mis pagos en concepto de la indemnización del trabajador constituye el pago que se me realiza según las disposiciones del Código Revisado de Ohio, Sección 4123.67. Al firmar esta autorización, acepto que tengo derecho a recibir estos beneficios y que notificaré inmediatamente a BWC si mi situación laboral cambia en caso de convertirme en empleado o, por el contrario, me vuelvo no elegible para recibir dichos beneficios.

Si está recibiendo Beneficios por viudez y se ha vuelto a casar, por favor, comuníquese con BWC inmediatamente; su reclamo será revisado para determinar la suma del pago único a la que puede tener derecho.

**Advertencia:** Comprendo que estará sujeta a acciones penales por fraude toda persona que reciba indemnizaciones de BWC o de los empleadores autoasegurados que, con conocimiento de causa, proporcionen datos falsos u oculten hechos haciendo falsas declaraciones o aceptando indemnizaciones a las que no tengan derecho. Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido las declaraciones antes expresadas y estoy de acuerdo con estas condiciones.

Firma del receptor	Fecha	Número de teléfono diurno (      )
--------------------	-------	---------------------------------------