



**Indemnización automática
a través de depósito directo
Cambio de banco para transferencias
(A-35)**

Instrucciones

- Todos los campos incluidos en este formulario deben rellenarse, para que BWC los procese.
- Si el receptor/beneficiario tiene un tutor o guardian, este deberá firmar y colocar la fecha en el formulario.
- Envíe por fax al 614-621-1140 o por correo postal a BWC Benefits Payable, P.O. Box 15429, Columbus, OH 43215-0429.

| Receptor/Beneficiario | |
|--|----------------------------------|
| Receptor/Beneficiario (<i>primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>) | Número de seguro social (o ITIN) |
| Número(s) de reclamo(s) | |

| Verificación: Información actual de depósito directo en el expediente de la BWC | | |
|--|---|--|
| Nombre de la institución financiera | | |
| Número de cuenta/últimos cuatro dígitos de la tarjeta EBT | Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> EBT | Número de ruta (<i>9 dígitos</i>) (<i>no puede comenzar con 5</i>) |

| Nueva información de depósito directo | | |
|--|--|--|
| NOTA: Por favor mantenga abierta la cuenta bancaria anterior hasta que reciba los pagos en la cuenta nueva. | | |
| Nombre de la institución financiera | | |
| Nombre que figura en la cuenta | | |
| Número de cuenta | Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro | Número de ruta (<i>9 dígitos</i>) (<i>no puede comenzar con 5</i>) |

| Firma y fecha requeridas | | |
|--|-------|--|
| Firma del receptor/beneficiario o, si corresponde, del tutor | Fecha | Número de teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Celular |