



North Atlantic States Carpenters
Pension Fund

Long Island Office
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Phone: (631) 952-9700
Toll Free: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

DIRECT DEPOSIT FORM

Authorization to Release Information to the Above Referenced Fund

Participant's Name: _____

Participant's Address: Street _____

City _____ State _____ Zip _____

Social Security #: _____ Telephone #: (_____) _____

Participant's Signature _____

Please Read: I hereby make the following requests and authorizations relating to my benefit payments from the employee benefit Plan above. (1) I request and authorize the Plan to initiate credit entries to the Account indicated below; (2) I request and authorize the Plan to initiate debit entries and adjustments for any credit entries made in error to the Account; and (3) I request and authorize the Financial institution named below to credit and/or debit any such entries to the Account.

I understand that the direct deposit of my benefits will ordinarily begin within approximately 30 days of the Plan's receipt of this form. The Plan and its agents and service providers will not be responsible for errors or delays resulting from inaccurate or incomplete information on this form. The authority granted by me on this form is to remain in full force and effect until the Plan has received written notification of its termination in such time and in such manner as to afford the Plan and my Financial Institution a reasonable opportunity to act on it. I hereby discharge the Plan and its agents and service providers from all liability whatsoever for any actions taken by you with the above request and authorization.

**Please have my monthly Pension benefit check directly deposited to the banking facility listed below.
Please mark the account destination requested by the above retiree:**

Checking Account	
Savings Account	

**If directly deposited into your checking account,
please provide a voided check for accuracy.**

Name of Banking Facility: _____

Bank Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Routing or ABA Number: _____

Account Number: _____

Bank Phone Number: (_____) _____ Date: _____



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondo de Pensión

Oficina de Long Island
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Teléfono: (631) 952-9700
Gratuito: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

FORMULARIO DE DEPÓSITO DIRECTO

Autorización para Divulgar Información al Fondo Mencionado Anteriormente

Nombre del Participante: _____

Dirección del Participante: Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Seguro Social: _____ # de Teléfono: () _____

Firma de Participante _____

Lea: Por la presente hago las siguientes solicitudes y autorizaciones relacionadas con los pagos de mis beneficios del Plan de beneficios para empleados anterior. (1) Yo Solicito y Autorizo al Plan, iniciar entradas de crédito a la Cuenta que se indica a continuación; (2) Yo Solicito y Autorizo al Plan, iniciar entradas de débito y ajustes para cualquier entrada de crédito realizada por error en la Cuenta; y (3) Solicito y Autorizo a la institución financiera que se menciona a continuación, a acreditar y/o debitar dichas entradas en la Cuenta.

Entiendo que el depósito directo de mis beneficios normalmente comenzará dentro de aproximadamente 30 días a partir de la recepción de este formulario por parte del Plan. El Plan y sus agentes y proveedores de servicios no serán responsables por errores o demoras que resulten debido a la información inexacta o incompleta en este formulario. La autoridad otorgada por mí en este formulario permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el Plan haya recibido una notificación por escrito de su finalización en el tiempo estipulado y de manera que brinde al Plan y a mi Institución financiera una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Por la presente, libero al Plan y a sus agentes y proveedores de servicios de toda responsabilidad por cualquier acción que usted realice con la solicitud y autorización anterior.

Por Favor, deposite directamente mi cheque mensual de beneficios de pensión en la instalación bancaria que se indica a continuación. Por favor, marque el destino de la cuenta solicitado por el jubilado anterior:

Cuenta de Cheques	
Cuenta de Ahorros	

Si se deposita directamente en su cuenta de cheques, por favor proporcione un cheque anulado para mayor precisión.

Nombre de la Instalación Bancaria: _____

Dirección Postal del Banco: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de Ruta o ABA: _____

Número de Cuenta: _____

Número de Teléfono del Banco: () _____ Fecha: _____