

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
**Direct Deposit Authorization Form**  
Enrollment/Cancellation

**Submit Completed Form To:** NYS Office of Children & Family Services  
Bureau of Financial Operations, Title IV-E Unit  
52 Washington Street, South Bldg Rm. 204 Rensselaer, NY  
12144

Phone: 1-877-437-7855  
Fax: (518) 473-4485  
Email:  
[ocfselectronicpayments@nysemail.state.ny.us](mailto:ocfselectronicpayments@nysemail.state.ny.us)

\*Required Fields

<b>*Type of Action:</b> <input type="checkbox"/> New Enrollment** <input type="checkbox"/> Cancellation <input type="checkbox"/> Change of Bank Information <input type="checkbox"/> Issue Debit Card
**For New Enrollment, you must attach a copy of a voided check.

<b>Section 1. Please complete the items below (See instructions on reverse side)</b>		
*Vendor ID Number	*District Name	
<b>* Payee Name &amp; Address (Please Type or Print)</b>		
* Payee Name 1 - <i>Must match account name</i>		
Payee Name 2 – <i>(If applicable)</i>		
*Street Address Line 1		
Street Address Line 2		
*City	*State	*Zip Code
Email address: _____ Telephone Number: _____		
<i>I hereby authorize NYS Office of Children &amp; Family Services (OCFS) to deposit my payment into my checking account as requested. I also grant authorization for the reversal of a credit to my account in the event the credit was made in error. I understand that, under the "National Automated Clearing House Association" operating guidelines and rules, OCFS can reverse only the amount of the incorrect direct deposit. I agree that this authorization will remain in effect until I provide OCFS a written cancellation to terminate the service or until monthly payments end, whichever comes first.</i>		
* Payee Name 1 Signature: _____	Date: _____	
* Payee Name 2 Signature: _____	Date: _____	

**OCFS USE ONLY**

Data Entry: _____	Date: _____
Supervisor: _____	Date: _____
_____	_____
Print Name	Signature
_____	_____
Print Name	Signature

**Direct Deposit Authorization Form Instructions**

**DIRECTIONS FOR COMPLETING THE FORM**

This form is to be completed by the payee(s) requesting a direct deposit of periodic payments. Please complete this form in its entirety and review for accuracy. The completed form must be mailed to the following address for processing:

NYS OCFS, Title IV-E Unit  
52 Washington St, Rm 204 South  
Rensselaer, NY 12144

Any incomplete or illegible forms will be returned, which may result in a payment delay.

**Type of Action:** Check the type of transaction that applies to this request

**NEW ENROLLMENT** - To enroll your account for direct deposit payment for the first time. **You must include a copy of a voided check to ensure accurate data entry of your bank routing number and account number.**

**CANCELLATION** - Previously enrolled in direct deposit but wish to cancel

**CHANGE OF BANK INFORMATION:**

- *Change of Account Number - Previously enrolled in direct deposit but have changed banks or opened a new account in your existing bank.*
- *Change of Route Transit Number (ABA Number) – Previously enrolled in direct deposit and your bank has notified you of a change to the bank's routing number (which would be a change to your entire account number).*

**Section 1:**

Print or type your vendor ID number and District Name (County Name). This information would be located on the vendor remittance received with your last paper check received.

Please include a daytime phone number so we may contact you if there are any questions about your application.

Print or type your Name(s) and Address as it appears on your voided check and bank account.

- Payee 1 **MUST** be the Primary Payee and name must be as it appears on the bank checking account
- Payee 2 (if applicable)

Please provide your email address for future notifications.

Payee Authorization – This application must be signed by the account holders. Unsigned forms will be returned for signatures and could result in a delay of your payment.

**Incomplete forms will be returned and may result in a delay of your payment.**

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**Autorización para Depósito Directo**  
**Inscripción/Cancelación**

Envíe el formulario  
completo a:

NYS Office of Children & Family Services  
Bureau of Financial Operations, Title IV-E Unit  
52 Washington Street, South Bldg Rm. 204 Rensselaer, NY 12144

Teléfono: 1-877-437-7855  
Fax: (518) 473-4485  
Email: [ocfselectronicpayments@nysemail.state.ny.us](mailto:ocfselectronicpayments@nysemail.state.ny.us)

\*Información Requerida:

\*Tipo de Acción:  Nueva Inscripción\*\*  Cancelación  Modificación de Información Bancaria  Emita Tarjeta de Débito

\*\*Si es una Nueva Inscripción, debe anexar un cheque anulado.

**Sección 1. Por favor complete la siguiente información (Consulte las instrucciones que se encuentran en el reverso)**

\*Número de Identificación del Proveedor(a)

\*Nombre del Distrito

\* Nombre y Dirección del Beneficiario(a) (por favor complete a máquina o por computadora, o use letra de molde)

\* Nombre del Beneficiario(a) 1 – *Debe coincidir con el nombre de la cuenta*

Nombre del Beneficiario(a) 2 – *(Si corresponde)*

\*Dirección de su domicilio Línea 1

\*Dirección de su domicilio Línea 2

\*Ciudad

\*Estado

\*Código Postal

Dirección de correo electrónico (e-mail):

Teléfono:

*Por medio de la presente, autorizo a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS) a depositar mi pago en mi cuenta corriente, tal como lo he solicitado. Así mismo autorizo a que, en caso de que se realice un depósito en mi cuenta por error, el crédito sea revertido. Entiendo que, bajo los lineamientos y regulaciones de la "Asociación Nacional de Cámaras de Compensación Automatizadas", la OCFS solamente puede revertir el monto del depósito directo incorrecto. Esta autorización estará vigente hasta que OCFS reciba una notificación de mi parte por escrito, cancelando este servicio o hasta que los pagos mensuales se terminen, lo que suceda primero.*

\* Nombre del Beneficiario(a) 1 Firma:

Fecha:

\* Nombre del Beneficiario(a) 2 Firma:

Fecha:

**SOLO PARA USO DE OCFS**

Ingreso de Datos:

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

FECHA

Supervisor(a):

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

FECHA

**Instrucciones para el formulario de Autorización para Depósito Directo**

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO**

Este formulario debe ser completado por el(los) beneficiario(s) que solicita(n) el depósito directo de sus pagos periódicos. Por favor complete este formulario en su totalidad y verifique que la información es correcta. El formulario debe enviarse por correo a la siguiente dirección para ser procesado:

NYS OCFS, Title IV-E Unit  
52 Washington St, Room 204 South  
Rensselaer, NY 12144

Los formularios incompletos o ilegibles serán devueltos, lo cual puede ocasionar retraso en los pagos.

**Tipo de Acción:** Indique el tipo de transacción que desea realizar con esta solicitud.

**NUEVA INSCRIPCIÓN** - Para inscribir su cuenta por primera vez para recibir sus pagos de depósito directo. **Debe incluir una copia de un cheque anulado para garantizar que la información de número de ruta del banco y su número de cuenta ingresados al sistema sean los correctos.**

**CANCELACIÓN** - Se registró anteriormente para el servicio de depósito directo pero desea cancelar dicho servicio.

**MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN BANCARIA:**

- *Cambio del Número de Cuenta – Ya está registrado en el servicio de depósito directo pero cambió de banco o abrió una nueva cuenta corriente en el mismo banco.*
- *Cambio del Número de Ruta del Banco (Número ABA) – Ya está registrado en el servicio de depósito directo pero su banco le ha notificado un cambio en el número de ruta del banco (lo cual es un cambio total en el número de su cuenta).*

**Sección 1:**

En letra de molde o a máquina o por computadora, escriba su número de identificación de proveedor(a) y el Nombre del Distrito (Nombre del Condado). Puede localizar esta información en el recibo de proveedor(a) que recibió junto con el último cheque en papel que le fue enviado.

Por favor incluya un número de teléfono para poderlo contactar durante el día si surge alguna pregunta sobre su solicitud.

En letra de molde o a máquina o por computadora escriba su(s) Nombre(s) y Dirección tal como aparece en el cheque anulado y en su cuenta del banco.

- Beneficiario(a) 1 DEBE ser el Beneficiario(a) Principal, y el nombre debe ser idéntico a como aparece en la cuenta corriente del banco
- Beneficiario(a) 2 (si corresponde)

Por favor incluya su dirección de correo electrónico para enviarle comunicaciones futuras.

Autorización del Beneficiario(a) – Este formulario debe ser firmado por los titulares de la cuenta. Los formularios sin firma serán devueltos para ser firmados, lo cual puede ocasionar retraso en sus pagos.

**Los formularios incompletos serán devueltos, lo cual puede ocasionar retraso en sus pagos.**