



**Instrucciones**

- Todos los campos incluidos en este formulario deben rellenarse, para que la 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.

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

<b>Verificación: Información actual de depósito directo en el expediente de la BWC</b>		
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> )

<b>Nueva información de depósito directo</b>		
<b>NOTA:</b> 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> )

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