

English



DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT FORM

Name (Please Print) _____

Please sign this form and
give to your employer

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

I hereby authorize (insert employer name) _____

to direct deposit my entire check each pay period, or
 the following amount, \$ _____ from each pay period

PAYROLL INQUIRIES
1-800-770-8861

directly onto my TransCash card. I agree to allow adjustments for credit entries made to my account in error.
This request is to remain in effect until changed by me in writing or upon the checking the cancellation box below.

Authorized Signature (Payee) _____ Date _____

Account Number

7	7	5												
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Routing Number

1 2 2 2 4 4 1 8 4

I wish to CANCEL my direct deposit to my TransCash card.

Español



FORMA PARA DEPOSITO DIRECTO

Nombre (Letra de molde) _____

Por favor firmala y
entregala a tu empleador

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo autorizo a (nombre de su empleador) _____

que deposite directo mi cheque entero cada día de pago, o
 la cantidad de \$ _____ de cada cheque

PREGUNTAS
1-800-770-8861

directamente a mi tarjeta de TransCash. Estoy de acuerdo y permito ajustes por créditos hechos a mi cuenta por error. Esta autorización
debe permanecer así hasta que yo por escrito cancele con mi empleador o marcando la caja de cancelación en esta forma.

Firma _____ Fecha _____

Número de Cuenta

7	7	5												
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Ruta

1 2 2 2 4 4 1 8 4

Quiero cancelar el depósito directo a mi tarjeta de TransCash.