



Autorización Para Depósito Directo

Nombre de la Compañía:	Children's Resource & Referral of Santa Barbara County
------------------------	--

Yo autorizo a Children's Resource & Referral del Condado de Santa Barbara (CRR) para iniciar las entradas a mi (nuestra) cuenta más:

Cuenta de Cheques No. _____

Cuenta de Ahorros No. _____

Nombre de la Institución Financiera: _____

Número de ruta de la institución financiera: _____

Dirección de la Institución Financiera: _____

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Children's Resource & Referral del Condado de Santa Barbara ha recibido notificación escrita de mí parte de su terminación en tal tiempo CRR una oportunidad razonable para actuar.

Firma: _____

Nombre Completo: _____ Proveedor ID: _____

Dirección: _____

Teléfono No: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

[Por favor Adjuntar cheque anulado Aquí]

Office Use Only:
Alternative Payment Program ID: _____ Date Entered: _____ Initials: _____