GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración para el Sustento de Menores

## Solicitud para acogerse a Depósito Directo de Pensión Alimentaria

Nombre: _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Número(s) de caso(s) de ASUME: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____
_____
_____

Teléfono Residencial: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Nombre de la Institución Bancaria: _____
Sucursal: _____ Ciudad: _____
Número de ruta: _____
Número de cuenta: _____
Tipo de Cuenta: cheques _____ ahorros _____

Entiendo que de tener más de un caso de pensión alimentaria todos los pagos que reciba se depositarán únicamente en esta cuenta bancaria.

Envíe este formulario junto a un cheque en blanco nulo de su cuenta de cheque o una hoja de depósito pre impresa con su número de cuenta de ahorro a la siguiente dirección:

**Administración para el Sustento de Menores**
**Atención: Depósito Directo de Pensión Alimentaria**
**PO Box 192319**
**San Juan PR 00919-2319**

Puede también entregarla en la oficina local o regional de ASUME en la que recibe servicios.

Esta autorización prevalecerá hasta tanto ASUME reciba una notificación por escrito de mi parte, 30 días antes de la fecha de efectividad, dando de baja este servicio. Notificaré cualquier cambio de institución financiera, tipo o número de cuenta inmediatamente a ASUME para que actualicen mi record y continúen procesando mis depósitos.

_____ _____
Firma de la persona custodia Fecha