



CENTRAL FALLS HOUSING AUTHORITY

30 Washington Street Central Falls, RI 02863
Main Office (401) 727-9090 Fax (401) 728-0291 TDD (800) 545-1833 ext. 404

Direct Deposit Agreement Form

Authorization Agreement

I hereby authorize the Central Falls Housing Authority to initiate automatic deposit to my account at the financial institution named below and, if necessary, make debit entries and adjustments to any amounts deposited electronically in error. I agree not to hold Central Falls Housing Authority responsible for any delay or loss of funds due to incorrect or incomplete information supplied by me or by my financial institution or due to an error on the part of my financial institution in depositing funds to my account. This agreement will remain in effect until a written notice of cancellation from me or my financial institution, submits a new direct deposit form to the Central Falls Housing Authority. A reasonable amount of time must be allowed for initiation or cancellation of direct deposit and blank void check is needed.

Account Enrollment Information or Changes

Print name of Owner(s) _____ Tel. Number _____

Print Address of Owner _____

Email Address of Owner _____

Print Names as they appear on the account _____

Bank Name _____ Checking ___ Savings ___

Routing # _____ Account # _____

Signature(s)

Authorized Signature (Primary) _____ Date _____

Authorized Signature (Joint) _____ Date _____

***** A BLANK VOID CHECK MUST BE ATTACHED *****

Yo autorizo a la autoridad de vivienda de Central Falls que comience a depositar automáticamente a mi cuenta en la institución financiera nombrada arriba, y si es necesario, hacer retiros y ajustes de esta cuenta en el evento que un crédito a la cuenta se haya hecho en error. Es más, yo estoy de acuerdo de no hacer responsable a la autoridad de vivienda de Central Falls por ninguna demora o pérdida de fondos debido a información incompleta e incorrecta que sea sometida por mi o por mi institución financiera o debido a un error en la parte de mi institución financiera durante el depósito de fondos a mi cuenta. Este acuerdo estará en efecto hasta que yo o mi institución financiera cancele por escrito el acuerdo o yo someta otro formulario de depósito automático. Un tiempo razonable es necesario para iniciación o terminación de depósito directo. Un cheque marcado cancelado debe ser incluido. **Si quiere cancelar el depósito directo a este banco llene la siguiente sección.**

Cancellation Authorization

I hereby authorize the Central Falls Housing Authority to CANCEL my Direct Deposit Agreement.

Print Names as they appear on the account _____

Bank Name _____ Checking ___ Savings ___

Routing # _____ Account # _____

Authorized Signature _____ Date _____