

**TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS DEL
MIEMBRO O EMPLEADOR
PARA LAS PRIMAS DE BADGERCARE PLUS**
MEMBER / EMPLOYER ELECTRONIC FUNDS TRANSFER FOR BADGERCARE PLUS PREMIUMS

Instrucciones

La transferencia electrónica de fondos del miembro o empleador puede ser utilizada por los miembros que realizan sus propios pagos, así como por empleadores que retienen pagos en nombre de empleados que tienen cobertura de atención médica de BadgerCare Plus.

Llene este formulario para deducir automáticamente fondos de la cuenta corriente o de ahorro el tercer día de cada mes para el pago de la prima. Si el día 3 cae un fin de semana o día festivo, los fondos se deducirán de la cuenta el siguiente día laborable. Los empleadores deben llenar un formulario por separado para cada empleado. Para que los fondos se retiren automáticamente, llene la sección del formulario que dice: "Llene la información que figura a continuación":

- **Banco receptor, entidad de ahorro y préstamo o cooperativa de crédito**
Ingrese el nombre del banco, entidad de ahorro y préstamo o cooperativa de crédito en el espacio correspondiente. Si es una sucursal ("Branch"), ingrese esa información bajo "Sucursal" ("Branch"). Incluya la ciudad, el estado y el código postal donde se encuentra el banco, entidad de ahorro y préstamo o la cooperativa de crédito. Utilice la información de la sucursal que visita con más frecuencia.
- **Tipo de cuenta**
Marque la casilla correspondiente al tipo de cuenta, corriente o ahorros, de la que se deben retirar los fondos.
- **Número de ruta de tránsito bancario y número de cuenta bancaria**
Estos números se pueden encontrar en la parte inferior de sus cheques y comprobantes de depósito. **Se debe adjuntar un cheque cancelado o comprobante de depósito al formulario de transferencia electrónica de fondos (EFT).** El número de ruta de tránsito bancario consta de los primeros nueve dígitos. El siguiente número, de hasta 17 dígitos de longitud, es el número de cuenta bancaria. Comuníquese con el banco, entidad de ahorro y préstamo o la cooperativa de crédito para aclarar estos números.
- **Nombre(s) y firma(s) — Titular y cotitular de la cuenta**
Escriba los nombres del titular y del cotitular de la cuenta si es una cuenta conjunta. Escriba el número de identificación de la persona titular de la cuenta. El titular de la cuenta, y el cotitular si procede, deben firmar y fechar el formulario.
- **Firma — Empleador**
Si el miembro decide pagar la prima mediante la retención salarial del empleador y el empleador opta por pagar mediante EFT, el empleador tendrá que llenar y firmar el formulario EFT.

En virtud del s .49.45(4), Wis. Stats., los datos personales de los solicitantes y miembros son confidenciales y se utilizan para fines directamente relacionados con la administración del programa, como el pago de las primas por parte de los afiliados. Si no se facilita la información solicitada en el formulario, puede denegarse el pago de los servicios.

Si hay alguna pregunta con respecto a la información anterior, llame al 1-888-907-4455.

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS DEL MIEMBRO O EMPLEADOR PARA LAS PRIMAS DE BADGERCARE PLUS

Instrucciones: Escriba a máquina o en letra de molde la información solicitada. Debe adjuntarse a este formulario un cheque anulado o un comprobante de depósito para verificar que la información es correcta.

Nombre(s) en la cuenta

Doy permiso para comenzar a retirar dinero de mi (nuestra) cuenta corriente o de ahorro nombrada abajo, en el banco, entidad de ahorro y préstamo o cooperativa de crédito nombrada abajo.

Llene la siguiente información.

Nombre del banco, entidad de ahorro y préstamo o cooperativa de crédito

Sucursal ("Branch")

Dirección del banco, entidad de ahorro y préstamo o cooperativa de crédito (Calle, ciudad, estado, código postal)

Tipo de cuenta: Corriente Ahorro

Número de ruta de tránsito bancario (número de nueve dígitos)

Número de cuenta bancaria (máximo 17 dígitos)

Este permiso permanecerá en vigor hasta que el Department of Health Services (DHS) haya recibido notificación por escrito de mi parte (de cualquiera de nosotros) para ponerle fin, con el propósito de dar al DHS y al US Bank una oportunidad razonable de actuar al respecto. Si pierdo mi BadgerCare Plus, entiendo que mi transferencia electrónica de fondos terminará.

Nombre — Titular de la cuenta

Número de identificación del director del caso

FIRMA — Titular de la cuenta

Fecha de la firma

FIRMA — Cotitular de la cuenta (si corresponde)

Fecha de la firma

FIRMA — Empleador (si corresponde)

Fecha de la firma

Todas las autorizaciones de deuda por escrito deben estipular que el receptor puede revocar la autorización únicamente notificando al originador en la forma en que se especifica en la autorización.

DISTRIBUCIÓN Envíe el formulario lleno por correo a la siguiente dirección:

BadgerCare Plus Cash/Premium Unit
313 Blettner Blvd.
Madison, WI 53714
Teléfono: 1-888-907-4455
Fax: 1-608-251-1513