

Direct Deposit Authorization / Autorizacion de Deposito Directo

Please fill out and return to Life Fountain. / Por Favor llene y entregue a Life Fountain.


This authorizes Life Fountain Home Healthcare or LFHHC (the "Company") to send credit entries (and appropriate debit and adjustment entries), electronically or by any other commercially accepted method, to my account(s) indicated below and to other accounts I identify in the future (the "Account"). This authorizes the financial institution holding the Account to post all such entries. / Esto autoriza a Life Fountain Home Healthcare o LFHHC ("la Compania") a enviar entradas de credito (y entradas de debito y ajuste apropiadas), electronicamente o por cualquier otra metodo comercialmente aceptado, a mi(s) cuenta (s) indicadas a continuacion y a otras cuentas que indetifique en el futuro (la "cuenta"). Esto autoriza a la insitucion financiera titular de la Cuenta a contabilizar todas esas entradas.

Employee Name / <i>Nombre del Empleado</i>		Internal ID / <i>ID Interno:</i>	
--	--	--	--

Account #1 - Type (Check One): <input type="checkbox"/> Checking or <input type="checkbox"/> Savings (Primarily to be deposited to this account)			
Bank Name / <i>Nombre de banco</i>			
Bank Routing Number / <i>Numero de Ruta</i>		Bank Number / <i>Numero de banco:</i>	
Percentage / Dollar Amount to Deposit to Account / <i>Porcentaje / Numero de dolar para depositar a esta cuenta:</i>			

Account #2 - Type (Check One): <input type="checkbox"/> Checking or <input type="checkbox"/> Savings (Remainder to be deposited to this account)			
Bank Name / <i>Nombre de banco</i>			
Bank Routing Number / <i>Numero de Ruta</i>		Bank Number / <i>Numero de banco:</i>	
Percentage / Dollar Amount to Deposit to Account / <i>Porcentaje / Numero de dolar para depositar a esta cuenta:</i>			

EMPLOYEES MUST INCLUDE A VOIDED CHECK FOR EACH ACCOUNT ON THIS FORM TO HELP VERIFY ACCOUNT NUMBER AND ROUTING NUMBER.



EMPLEADOS DEBEN INCLUIR UN CHEQUE ANULADO PARA CADA CUENTA EN ESTA FORMA PARA AYUDAR VERIFICAR NUMERO DE CUENTA Y Numero DE RUTA.

IMPORTANT: This document must be signed by employee requesting automatic deposit of paychecks. This authorization will be in effect until the Company receives a written termination notice from employee listed above and has a reasonable opportunity to act on it. Please allow 3-4 weeks for the banks to authorize direct deposit transition. During waiting period your check will be printed and available to pick up at Life Fountain office. Please call ahead to verify check availability. / **IMPORTANT: Este documento debe ser firmado por el empleado solicitando el deposito automatic de cheques de pago.** Esta autorizacion estar en efecto hasta que la compania reciba una terminacion de empleo del empleado mencionado arriba y tenga una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Por Favor, espere 3 - 4 semanas para que los bancos autoricen la transicion del deposito directo. Durante el period de espara, su cheque se imprimira y estara disponible para recoger en la oficina de Life Fountain. Llame con anticipacion para verificar la disponibilidad.

Employee Signature / Firma de empleado: _____

Date / Fecha: _____

Office Signature: _____

Date: _____