Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Operations

# Authorization for Direct Deposit or the US Bank® Reliacard® Visa®

The Nebraska Department of Health and Human Services is hereby authorized to initiate credit entries for deposit of state payments and to initiate, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error to my account indicated below and the financial institution named below. I acknowledge that the designation of direct deposit transactions to my account must comply with the provisions of U.S. law.

**Please mark your choice:**

- ☐ **Direct Deposit–complete both boxes #1 and #2.**
- ☐ **ReliaCard–complete box #1 only.**

| **1** | Your Name (Printed as appears on account) Last | First | M.I. |
|---|---|---|---|
| Address | | | |
| City | State | Zip | Phone |
| Social Security Number | DHHS Provider I.D. | | |

| **2** | Bank Name | Address |
|---|---|---|
| City | State | Zip |

Account Type (Check One)

- ☐ Checking (Voided preprinted check required)
- ☐ Savings (Proof of bank's routing number and your account number required)
- ☐ Check here if the bank is outside of the United States *

This authority is to remain in full force and effect until DHHS has received written notification from me of its termination and/or change. **Allow three weeks to start or change direct deposit.**

**Signature:**_____ **Date**: _____

**E-mail:**_____
(May be used by DHHS/The State of Nebraska to notify you of deposits to your account)

**KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS. Sign and mail your request to:**

**If you are a DHHS provider, contact:**
Department of Health and Human Services
Financial Services - Claims Processing
P.O. Box 95026
Lincoln, Nebraska 68509-5026

**If you are a DHHS cash grant client, contact:**
Department of Health and Human Services
Children & Family Services Division - Economic Assistance
P.O. Box 94926
Lincoln, Nebraska 68509-4926

*There are new processing requirements for electronic vendor payments that are being sent to a financial institution outside of the United States. If our payments to you are being forwarded from a U.S. financial institution to a financial institution in another country, please notify Kathi Tiede, (402) 471-8221. (Section 1902(a) of the Social Security Act and 2011 NACHA Operating Rules & Guidelines, Article Two, SUBSECTION 2.5.8 Specific Provisions for IAT Entries (International ACH Transaction), page OR 13.).

If you want to request a state check instead of electronic payment, send a letter of request to the address above. Please include your name and Social Security Number or federal tax ID number.

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Operations

# Autorización para depósito directo o para la tarjeta Visa® US Bank® Reliacard®

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska por la presente autoriza iniciar el ingreso de fondos de los pagos estatales e iniciar, si es necesario, ingreso de débito y ajustes para cualquier ingreso de fondos hechos en error a mi cuenta indicada y a la institución financiera mencionada abajo. Reconozco que la designación de las transacciones de depósito directo a mi cuenta tiene que cumplir con las provisiones del reglamento de los EE.UU.

**Marque su elección:**

- ☐ **Depósito Directo–Llene las dos secciones #1 y #2.**
- ☐ **Tarjeta ReliaCard–Llene solamente la sección #1**

| **1** | Su Nombre (en letras de molde como aparece en la cuenta) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección | | | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal | Teléfono | |
| Número de Seguro Social | Número de identificación del Proveedor de DHHS | | | |

| **2** | Nombre del Banco | Dirección | |
|---|---|---|---|
| Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Tipo de Cuenta (Marque uno) | | | |
| ☐ Cuenta corriente (Se requiere un cheque cancelado pre-impreso) | ☐ Cuenta de ahorros (Se requiere prueba del número de identificación del banco y el número de su cuenta) | ☐ Marque aquí si el banco está localizado fuera de los Estados Unidos * | |

Esta autorización debe permanecer en plena vigencia hasta que DHHS haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre la terminación y/o cambios. **Por favor permita tres semanas para comenzar o cambiar el depósito directo.**

**Firma:** _____ **Fecha**: _____

**Correo electrónico:**_____
(puede ser usado por DHHS/estado de Nebraska para notificarle de los depósitos en su cuenta)

**MANTENGA UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS. Firme y envíe su solicitud a:**

**Si usted es un proveedor de DHHS, contacte a:**
Department of Health and Human Services
Financial Services - Claims Processing
P.O. Box 95026
Lincoln, Nebraska 68509-5026

**Si usted es un cliente de subsidio en efectivo de DHHS, contacte a**:
Department of Health and Human Services
Children & Family Services Division - Economic Assistance
P.O. Box 94926
Lincoln, Nebraska 68509-4926

*Existen nuevos requerimientos de procedimiento para los pagos electrónicos a vendedores los cuales son enviados a instituciones financieras por fuera de los Estados Unidos. Si los pagos a su nombre serán reenviados desde una institución financiera en los Estados Unidos a una institución financiera en otro país, por favor notifíqueselo a Kathi Tiede, (402) 471-8221. (Sección 1902(a) de la Ley del Seguro Social y las Reglas y Normas de la NACHA 2011, Artículo dos, SUBDIVISIÓN 2.5.8 Provisiones específicas para las anotaciones IAT (Transacción internacional ACH), página OR 13.).

Si desea pedir un cheque de estado y no un pago electrónico, envíe una carta de solicitud a la dirección anteriormente mencionada. Por favor incluya su nombre y Número de Seguro Social o número de identificación de los impuestos federales (federal tax ID number).