



Nebraska Department of Health and Human Services  
 Authorization for Direct Deposit or the US Bank Reliacard®  
**FOR PROVIDERS ONLY** - Financial Services

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 on documentation I provide. I acknowledge that the designation of direct deposit transactions to my account must comply with the provisions of U.S. law.

Go to [www.dhhs.ne.gov/ClaimsProcessing](http://www.dhhs.ne.gov/ClaimsProcessing) for information about these payment methods.

**Please complete the following based upon the information associated with the provider for which this form is being used to determine the method of payment.**

**Select desired payment method (Check Only One):**

- Direct Deposit - will need to provide financial institution documentation and complete bottom section.
- ReliaCard

Last Name (Required)	First Name (Required)	M.I.
----------------------	-----------------------	------

Address (Required)
--------------------

Phone	Email
-------	-------

Social Security Number (Required)
-----------------------------------

**For Direct Deposit - You must complete the following.**

**Financial institution documentation is required.** Please select one of the following acceptable forms of documentation and include it with the submission of this form.

- A preprinted check and voided check
- A written proof (an official letter or bank statement) from the financial institution of the routing number and your account number.

Starter checks, deposit slips or counter checks are NOT acceptable.

**Select the Account Type (Required) - (Check Only One)**

- Checking
- Savings

**Is the account above in a financial institution outside of the United States?\***

- Yes
- No

This authority is to remain in full force and effect until DHHS has received written notification from me of its termination and/or change.

Signature (Required)	Date (Required)
----------------------	-----------------

**NOTE: Unsigned or inaccurate information on this form and/or a lack of proper documentation as listed above, will result in the form being returned to you unprocessed.**

**KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS. Sign and submit this request to your Resource Development worker at the nearest DHHS Local Office, which can be found at [www.dhhs.ne.gov/LocalOffices](http://www.dhhs.ne.gov/LocalOffices) .**

\*There are processing requirements for electronic vendor payments 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 DHHS Accounting, (402) 471-9324. (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).

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska  
 Autorización de Depósito Directo o para ReliaCard® de US Bank  
**SOLO PARA PROVEEDORES - Servicios Financieros**

Por medio de la presente se autoriza al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska para que inicie créditos para el depósito de pagos del estado y para que inicie, de ser necesario, débitos y ajustes a cualquier crédito depositado por error, en mi cuenta, indicada más adelante, y en la institución financiera nombrada en los documentos que yo provea. Entiendo que la designación de transacciones de depósito directo a mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los EE.UU.

Ingresa a [www.dhhs.ne.gov/ClaimsProcessing](http://www.dhhs.ne.gov/ClaimsProcessing) para información sobre estas formas de pago.

**Por favor llene lo siguiente con base en la información asociada con el proveedor para quien se usa este formulario, con el fin de determinar el método de pago.**

**Elija el método de pago deseado (marque uno solamente):**

- Depósito Directo - tendrá que proveer documentos de la institución financiera y llenar la sección del fondo.  
 ReliaCard

Apellido (Requerido)	Primer nombre (Requerido)	Segundo nombre
----------------------	---------------------------	----------------

Dirección (Requerido)

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Número de Seguro Social (Requerido)

**Para Depósito Directo – Debe llenar lo siguiente.**

**Se requieren documentos de la institución financiera.** Por favor elija una de las siguientes formas de documentos aceptables e inclúyalos al enviar este formulario.

- Un cheque preimpreso anulado  
 Prueba por escrito (carta oficial o estado bancario) del número de ruta de la institución financiera y de su número de cuenta.

NO se aceptarán cheques iniciales, comprobantes de depósito o cheques de mostrador.

**Elija el tipo de cuenta (requerido) - (marque uno solamente)**

- Corriente  
 Ahorros

**¿La cuenta mencionada está en una institución financiera localizada fuera de los Estados Unidos?\***

- Sí  
 No

Esta autorización debe permanecer en plena vigencia hasta que el DHHS haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su terminación y/o cambio.

Firma (requerida)	Fecha (requerida)
-------------------	-------------------

**NOTA: Si hay información sin firmar o incorrecta en este formulario y/o falta la documentación debida que se indicó previamente, el resultado será que el formulario se le envíe de vuelta sin procesar.**

**GUARDE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS. Firme y entregue esta solicitud a su trabajador de Desarrollo de Recursos en la oficina local de DHHS más cercana, la cual se puede hallar en [www.dhhs.ne.gov/LocalOffices](http://www.dhhs.ne.gov/LocalOffices).**

\*Hay requisitos de procesamiento para los pagos electrónicos a proveedores que vayan a ser enviados a instituciones financieras fuera de los Estados Unidos. Si los pagos a su nombre van a ser remitidos desde una institución financiera en EE. UU. a una institución financiera en otro país, por favor notifique a DHHS Accounting, (402) 471-9324. (Sección 1902(a) de la Ley del Seguro Social y las Regulaciones y Lineamientos de NACHA 2011, Artículo Dos, SUBSECCIÓN 2.5.8 Disposiciones específicas para registros IAT (Transacción Internacional ACH), página O.R. 13.)