



Provider Direct Deposit Enrollment Form For Colorado Cash Assistance Benefits

PROVIDER NUMBER REQUIRED FOR ENTRY (if you are unsure of your provider number please reach out to your local county office)		
Child Care (CC)	Foster/Adoptive (CW) (5+ digits)	CBMS CW/TANF & AF-Burial (9 digit EFT Number)
LEAP (LE)	CORE, CASE (CW3) (5+ digits)	CBMS Nursing Home (NH) (5+ digits)
Name of person completing this section:		Phone (include area code) (____) _____ - _____

I am completing this form to: (please check one option only)

- Enroll in ACH Direct Deposit into my personal bank account
- Change my Direct Deposit banking information or Cancel Direct Deposit

I (we) hereby authorize Colorado Department of Human Services (CDHS), to initiate credit entries, and if necessary, reverse any incorrect EFT credit entries made in error to the bank account indicated below, in accordance with standard banking procedures, for payments related to the Colorado Electronic Benefit Transfer (EBT) Programs.

Provider Name (or Business Name) _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone Number (including area code) (____) _____ - _____

Federal E.I.N. Number ____ - _____

OR

Social Security Number _____ - _____ - _____

Bank Account Information (please check one option only): Checking Account or Savings Account

Bank Account Number _____

Bank Name _____ City _____ State _____ Zip _____

Bank Routing Number (9-digit) _____

(Check with your bank to ensure that this number is correct for direct deposit)

This agreement is to remain in effect until CDHS, has received written notification of its termination in such time and manner to afford CDHS a reasonable opportunity to act on it. It is the responsibility of the vendor/provider to fill out and submit a new Authorization Agreement to CDHS if the vendor/provider changes or closes the account.

Provider/Vendor Signature

Date

Please return the completed form and voided check or bank letter to the State EBT Program using one of the methods below to begin receiving payments by direct deposit. Please keep a copy of this form for your records.

- Email: cdhs_ebt_policy@state.co.us (preferred method)
- Fax: (303)866-4403
- Mail: CDHS/EBT Program, 1575 Sherman St., 3rd Floor, Denver, Colorado 80203



Formulario de inscripción de depósito directo del proveedor para beneficios de ayuda en efectivo de Colorado

***SE REQUIERE EL NÚMERO DE PROVEEDOR *** (si no está seguro del número de su proveedor comuníquese con la oficina local de su condado)		
Cuidado infantil (CC)	Tutelar/adoptivo (CW) (5+ dígitos)	CBMS CW/TANF y AF-Burial (entierro) (Número EFT de 9 dígitos)
LEAP (LE)	CORE, CASE (CW3) (5+ dígitos)	Residencia de ancianos de CBMS (NH) (5+ dígitos)
Nombre de la persona que llena esta sección:		Teléfono (incluir el código de área) (____) _____ - _____

Lleno este formulario para: (marque solo una opción)

- Inscribir el depósito directo ACH en mi cuenta bancaria personal
- Cambiar mi información bancaria de depósito directo o Cancelar el depósito directo

Autorizo/autorizamos por este medio al Departamento de Servicios Humanos de Colorado (CDHS) a dar crédito, y si fuera necesario, reversar cualquier crédito incorrecto, mediante transferencia electrónica de fondos, (Electronic Funds Transfer, EFT) a la cuenta bancaria que se indica más abajo, de conformidad con los procedimientos bancarios convencionales, para pagos relacionados con los programas de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) de Colorado.

Nombre del proveedor (o nombre comercial) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (incluir el código de área) (____) _____ - _____

E.I.N. (N.º de ident. el empleador) federal _____ - _____

O

Número del seguro social _____ - _____ - _____

Información de la cuenta bancaria (marque solo una opción): Cuenta bancaria o Cuenta de ahorros

Número de cuenta bancaria _____

Nombre del banco _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de ruta y tránsito (9-dígitos) _____

(Consulte a su banco para asegurarse de que este número sea correcto para depósito directo)

Este acuerdo seguirá vigente hasta que CDHS haya recibido la notificación por escrito de su terminación en tiempo y manera que dé a CDHS una posibilidad razonable de obrar en consecuencia. El proveedor/la empresa proveedora será responsable de llenar y presentar un nuevo acuerdo de autorización a CDHS si el proveedor/la empresa proveedora cambia o cierra la cuenta.

Firma del proveedor/empresa proveedora Fecha

Devuelva el formulario completado y un cheque anulado o una carta del banco al programa de EBT estatal mediante uno de los métodos que se indican a continuación para comenzar a recibir pagos por depósito directo. Guarde una copia de este formulario como constancia.

- Correo electrónico: cdhs_ebt_policy@state.co.us (método preferente)
- Fax: (303)866-4403
- Correo postal: CDHS/EBT Program, 1575 Sherman St., 3rd Floor, Denver, Colorado 80203