



DEPÓSITO DIRECTO PARA LA PENSIÓN

Número de Seguro Social:	XXX-XX-_____
Nombre:	
Dirección Postal:	
Teléfono Residencial:	
Celular:	
Banco:	
Sucursal:	
Número de Cuenta:	
Número de Ruta y Tránsito:	
Tipo de Cuenta:	Ahorros ☐ Cheques ☐
Cantidad de Pensión:	\$

CERTIFICO que, la información suministrada es correcta. Autorizo al Plan de Pensiones Ministerial, Inc. a depositar en esta cuenta el beneficio mensual asignado.

Solicitante

Fecha (mes/día/año)

****Favor de enviar un cheque cancelado (void) y/o certificación oficial de la institución financiera con este formulario. ****

Procesado por: _____

Fecha: _____