

AUTORIZACION PARA EFECTUAR DEPÓSITO DIRECTO

Para facilitar el proceso de cobro PSS Pathfinder, Inc. le ofrece la opción de acogerse al sistema de **Depósito Directo**.

Se requiere tener una cuenta de ahorros o cheques bajo su nombre en el Banco o Cooperativa de su preferencia donde se hará una transferencia de fondos el día de pago.

El **Depósito Directo** podría tardar una semana laborable a partir del primer día de trabajo. La transferencia de fondos es efectiva viernes, día de cobro, excepto en día feriados federales donde este se refleja en 48 horas laborables. Deberá recoger el primer pago en nuestra oficina o solicitar el pago por correo. A partir de dicha fecha recibirá la transferencia de fondos en la cuenta autorizada en este documento con un cargo de \$0.50 por transacción.

Para cobrar, comprendo que cada semana mis horas deben estar aprobadas en o antes de los miércoles a las 10:00am. De recibirse horario aprobado posterior a la hora de cierre de la nómina, recibiré el pago de esta semana tardía conjuntamente con los fondos de la semana corriente.

Con el propósito de facilitar la entrega de solicitud de vacaciones, certificados médicos originales y solicitud de liquidación, le facilitamos un buzón en el exterior de nuestras facilidades 24 horas los siete días de la semana o también puede utilizar el correo postal. Si desea usar el buzón, recuerde verificar la hora y fecha que será recogido, de otro modo, habrá posibilidades de que no se procese su solicitud a tiempo por lo cual sería procesado en la próxima nómina según sea el caso.

ENTIENDO QUE EL CIERRE DE NOMINA ES TODOS LOS MIERCOLES 10:00 AM.

He leído esta autorización y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de la misma.

CANCELACION DE AUTORIZACION DE DEPÓSITO DIRECTO

* La cancelación debe ser enviada una semana antes de la próxima nómina.

Por la presente revoco la Autorización de Depósito Directo de mi sueldo radicada por mí el ____ de _____ de _____. Esta revocación tendrá efectividad comenzando la nómina correspondiente al ____ de _____ de _____.

Nombre: _____ Banco/ COOP: _____

Dirección: _____ No ruta y transito: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____ No de Cta.: _____

Teléfono: _____ Tipo de Cta.: Ahorros: _____ Cks: _____

Seguro Social: _____

Firma: _____ Fecha: _____