



# Formulario de Inscripción de Depósito Directo

## Para pagos de Beneficios Federales

FS Form 1200 (Febrero 2020)

OMB No. 1530-0006

También se puede inscribir en línea hoy mismo en [www.DirectoASuCuenta.gov](http://www.DirectoASuCuenta.gov) o puede llamar a Directo A Su Cuenta al teléfono gratuito 1 (800) 333-1792.

(Solamente para pagos de Seguro Social, Jubilación para Ferroviarios, Retiro Civil (no militar) o Departamento de Asuntos de Veteranos VA solamente).

### INSTRUCCIONES

Por favor lea la información en la página 2 antes de llenar este formulario. **Debe completar las secciones A, B, C, D, E y F.**

Solamente complete este formulario de inscripción de depósito directo si usted es un individuo o representante de un individuo, que recibe pagos de beneficios federales de los siguientes tipos: Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, Jubilación para Ferroviarios, Retiro Civil (no militar) o Departamento de Asuntos de Veteranos (compensación o pensión solamente). Si usted actualmente recibe sus pagos por depósito directo, no puede usar este formulario. Por favor consulte la página 2 para más instrucciones.

### A. INFORMACION DEL BENEFICIARIO FEDERAL

(escriba los nombre(s) y dirección exactamente como aparecen en el cheque de beneficios)

Nombre de la persona con derecho a recibir beneficios gubernamentales (beneficiario)		
Representante del beneficiario Si <input type="checkbox"/> (de seleccionar si, incluya el nombre a la derecha) No <input type="checkbox"/>	Nombre del Representante	
Su dirección (calle, ruta, apartado postal, número de apartamento)		
Ciudad	Estado	Código Postal (o APO/FPO)
Su número de teléfono ( ) - -		
Número de seguro social de la persona con derecho a recibir beneficios gubernamentales (beneficiario)		

Muestra de cheque (parte de abajo lado izquierdo) →

### B. INFORMACION DEL BANCO O COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO

Título de cuenta del depositador (nombre(s) en la cuenta)		
Tipo de cuenta	** Número de ruta de 9 dígitos (ver muestra de cheque en la parte de abajo)	
Cuenta de cheques <input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/>	
** Número de cuenta (ver muestra de cheque en la parte de abajo; no incluya el número de cheque)		

\*\* También puede incluir un cheque cancelado. Si usted quiere que su depósito directo sea hecho a una cuenta de ahorros, tal vez necesite contactar a su banco o cooperativa de ahorros y crédito para obtener los números de ruta y de cuenta correctos.

: 111999087 : 9876554321 : 0001		
número de ruta	número de cuenta	número de cheque

### C. TIPO DE PAGO (marque solo uno) Debe llenar un formulario separado por cada tipo de pago federal.

<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> SEGURO SUPLEMENTARIO DE INGRESO	<input type="checkbox"/> VA (COMPENSACIÓN O PENSIÓN SOLAMENTE)	JUBILACIÓN PARA FERROVIARIOS (especificar abajo)	RETIRO CIVIL (NO MILITAR) (especificar abajo)
Para pagos militares, salarios federales, beneficios de veteranos, u otro tipo de pagos Federales que no estén disponibles a través de Directo A Su Cuenta, por favor contacte a la agencia que autoriza su pago (vea la página 2 para una lista parcial de las agencias de pagos).			Beneficio anual <input type="checkbox"/>	Beneficio de desempleo para sobreviviente <input type="checkbox"/>
			Retiro anual <input type="checkbox"/>	Beneficio de desempleo para sobreviviente <input type="checkbox"/>

### D. IDENTIFICACION

NÚMERO DE RECLAMO	○	Para procesar su petición, el número de reclamo (que se encuentra en documentos de la agencia que le paga) o el número de cheque de su último pago (que se encuentra en la parte de arriba del lado derecho de su cheque federal) debe ser incluido a la izquierda.
NÚMERO DE CHEQUE (DE SU PAGO MAS RECIENTE)		

### E. VERIFICACION DE PAGO

También debe incluir la cantidad de su último pago.

L A C A N T I D A D D E S U P A G O M Á S R E C I E N T E

\$

### F. CERTIFICACION

Certifico que tengo derecho a recibir el pago indicado arriba y que he leído y comprendido la información al reverso de este formulario. Al firmar este formulario, autorizo que este pago se envíe a la institución financiera nombrada en la Parte B mas arriba, para ser depositado en la cuenta antes mencionada.

Firma	Fecha
-------	-------

### PARA TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS

Certifico que he leído la NOTIFICACION ESPECIAL DE CUENTAS CONJUNTAS al reverso de este formulario.

Firma	Fecha
-------	-------

Este seguro de completar todas las secciones de este formulario. De otra manera, este formulario no podrá ser procesado. Regrese el formulario completo a:

**Go Direct Processing Center**  
**U.S. Department of the Treasury**  
**P.O Box 650527**  
**Dallas, TX 75265-0527**

Este formulario es **solamente** para cambiar pagos de cheque a depósito directo de ciertos tipos de beneficios federales designados en la Caja C. Si utiliza esta forma para cualquier otro propósito causara que la forma sea rechazada.

Contacte a la agencia que autoriza su pago para:

- Cambiar su nombre o dirección
- Cambiar su información bancaria si actualmente recibe su pago en depósito directo o
- Inscribirse en depósito directo para sus pagos militares, salarios federales, beneficios de veteranos, o otro tipo de pagos federales que no pueden ser procesados por Directo A Su Cuenta

## POR FAVOR LEA ESTO ATENTAMENTE

### ANNUNCIO DE ACTA DE PRIVACIDAD

Su número de seguro social y otra información que se le pide permitirá al gobierno federal el hacer pagos a través de Depósito Directo. Esta recopilación de información está autorizada por el título 13 del Código de los Estados Unidos, Sección 3332 (g). También, la Orden Ejecutiva 9397, del 22 de noviembre de 1943, autoriza el uso de su número de seguro social. Su número de seguro social es requerido para asegurar la identificación y retención de archivos pertenecientes a usted y para distinguirlo a usted de otros beneficiarios de beneficios federales.

Esta información será revelada al Departamento del Tesoro ó a otro oficial a cargo del desembolso de fondos para procesar los pagos federales a usted a través de Depósito Directo. Esta información puede ser revelada a una corte, comité congresional ó a otra agencia gubernamental según sea autorizado ó requerido por la ley federal y también a su institución financiera para verificar el recibo de sus pagos federales. Aunque el proveer la información requerida es voluntario, su pago de Depósito Directo se puede atrasar o puede prevenir al Tesoro de enviarle este pago si usted no provee la información.

### AVISO ESPECIAL A TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS

Si su cuenta es una cuenta conjunta y recibe pagos de beneficios por Depósito Directo, debe informar a la agencia federal y a la institución financiera del fallecimiento de un beneficiario. Los pagos enviados por Depósito Directo después de la fecha de fallecimiento o inelegibilidad de un beneficiario (excepto para pagos por salario) deben devolverse a la agencia federal. La agencia federal determinará entonces si el sobreviviente es elegible para recibir beneficios.

### CANCELACIÓN

Su pago se enviará por Depósito Directo hasta que se notifique a la agencia federal que emite los pagos que los cancele, como en el caso de fallecimiento o incapacidad legal de la persona que recibe los pagos.

Su institución financiera puede cancelar su autorización de Depósito Directo. Se requiere a su institución financiera que le dé notificación por escrito con 30 días antes de la fecha de cancelación. Si esto ocurre, debe notificar a la agencia federal que la autorización de Depósito Directo fue cancelada.

#### Contacte a la agencia que autoriza su pago para:

- Cambiar su nombre o dirección
- Cambiar su información bancaria si actualmente recibe su pago en depósito directo o
- Inscribirse en depósito directo para sus pagos militares, salarios federales, beneficios de veteranos, u otro tipo de pagos federales que no pueden ser procesados por Directo A Su Cuenta

#### Departamento de Asuntos de Veteranos

(877) 838-2778  
(800) 827-1000  
(800) 829-4833 TDD

#### Junta de Jubilación Para Ferroviarios (Sistema Automatizado)

(877) 772-5772  
(312) 751-4701 TTY

#### Administración del Seguro Social

(800) 772-1213  
(800) 325-0778 TTY

#### Oficina de Administración de Personal

(888) 767-6738  
(800) 878-5707 TDD

### TIEMPO ESTIMADO A INVERTIR PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN

El tiempo promedio estimado (horas de carga) asociado con la presentación de esta documentación es de 10 minutos por encuestado o registrador, dependiendo de las circunstancias individuales. Los comentarios sobre la precisión de este tiempo estimado y las sugerencias para reducir la carga deben dirigirse al Bureau of the Fiscal Service, Forms Management Officer, Parkersburg, WV 26106-1328. ESTA DIRECCIÓN SOLO SE DEBE USARSE PARA COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS SOBRE LA CANTIDAD DE TIEMPO DEDICADO A RECOPIRAR LOS DATOS, NO ENVIE LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A LA DIRRECCIÓN ANTERIOR PARA SU PROCESAMIENTO.