

N° de caso:

**\*Debe llenarse\***

Por favor escriba en letra de **MOLDE** con tinta negra.

Nombre y dirección del solicitante (por favor escriba claramente)


**Instrucciones para llenar el formulario:**

- 1) Seleccione la opción A, B o C de la parte de abajo
- 2) Si selecciona el método A o B, firme al final de este formulario. Si selecciona la opción C, firme al final del formulario del banco.
- 3) Cuando se haya llenado, regresar al WSIB por alguno de los siguientes métodos:
  - **Por correo electrónico:** [DirectDeposit@wsib.on.ca](mailto:DirectDeposit@wsib.on.ca) (Este correo electrónico se usa solamente para enviar formularios de solicitud de depósito directo)
  - **Por fax:** 416-344-4684 O 1-888-313-7373
  - **Por correo:** The Workplace Safety and Insurance Board, Treasury Branch 7th Floor, 200 Front Street West, Toronto ON M5V 3J1

Seleccione **UNA** opción: A, B o C para completar (el depósito directo sólo está disponible para instituciones financieras en Canadá)

<p><b>A</b> <b>Proporcione una copia de un cheque nulo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheque personalizado con nombre (pre-impresos por el banco) <b>NO SE ACEPTAN CHEQUES EMITIDOS POR EL CAJERO DEL BANCO</b></li> <li>• Escribir "VOID" sobre el cheque.</li> <li>• Adjuntar el cheque a su formulario para depósito directo y regréselo al WSIB</li> </ul>	<p><b>Ejemplo:</b></p>	
---	------------------------	--

**O**

<p><b>B</b> <b>Sello del banco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pida a su banco/institución financiera que llene y ponga sello a esta sección con su información bancaria</li> <li>• Llene y firme y regréselo al WSIB</li> </ul>	<p><b>Para uso de la Institución Financiera (I/F)</b></p> <p>Sello</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>No. de sucursal</td> <td>Código del banco</td> <td>No. de cuenta</td> </tr> <tr> <td>Rep I/F</td> <td>Fecha</td> <td>Teléfono</td> </tr> </table>	No. de sucursal	Código del banco	No. de cuenta	Rep I/F	Fecha	Teléfono
No. de sucursal	Código del banco	No. de cuenta					
Rep I/F	Fecha	Teléfono					

**O**

<p><b>C</b> <b>Formulario de depósito directo pre-autorizado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaya a su banco a obtener un formulario de depósito directo pre-autorizado</li> <li>• Asegúrese de que el formulario de depósito directo pre-autorizado tenga su número de caso, nombre y firma</li> <li>• Su banco podría ayudarle a enviar por fax el formulario al WSIB en su nombre</li> </ul>	
--	--

Por favor firmar abajo si seleccionó la opción **A** o **B**

<b>Mi/Nuestra firma en este documento autoriza al Workplace Safety and Insurance Board (WSIB) a hacer depósitos a la cuenta mencionada. Los depósitos directos representan prestaciones pagables solo a la persona mencionada arriba. Cualquier cambio importante (por ejemplo: fallecimiento, cambio de dirección) debe ser reportado al WSIB.</b>		
Firma del titular de la cuenta de banco	Fecha	Teléfono
<b>X</b>		
Nombre (por favor escribirlo) y firma del co-titular de la cuenta bancaria (si aplica)	Fecha	Teléfono
<b>X</b>		