



Instrucciones para completar el Formulario de Información de Pago [ACH de VCF](#)

AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La recopilación de información en este formulario está autorizada por el 5 U.S.C. § 552a, 31 U.S.C. § 3332(g), y Orden Ejecutiva 9397 (22 de noviembre de 1943). Su número de seguro social o número de identificación fiscal y cualquier otra información solicitada va a permitir al gobierno federal procesar su pago electrónico. Su número de seguro social es solicitado para asegurar una identificación correcta y retención de registros pertenecientes a usted y para distinguirlo de otros beneficiarios de pagos federales. Esta información será divulgada al Departamento de Tesorería y sus agentes fiscales y financieros, y otras agencias federales, tal como sea necesario para procesar su pago electrónico. Esta información también puede ser divulgada a un tribunal, comités del congreso y otra agencia gubernamental como se autorice o requiera para verificar su entrega de pagos federales. Aunque es voluntaria, la provisión de la información solicitada para su pago electrónico no puede ser procesada sin ella.

FAVOR DE LEER ESTO CUIDADOSAMENTE

Toda información en este formulario, incluyendo el número de reclamo individual, se requiere bajo 31 USC 3322, 31 CFR 209 y/o 210. Esta información es confidencial y se necesita para comprobar su derecho a los pagos. La información será utilizada para procesar datos de pagos de la Agencia Federal a la institución financiera y/o su representante. El incumplimiento al proporcionar la información solicitada puede afectar el procesamiento de este formulario y puede retrasar o prevenir el recibo de pagos a través del Programa de Depósito/Transferencia Electrónica Directa de Fondos.

AVISO ESPECIAL A TITULARES DE CUENTAS CONJUNTAS

Los titulares de cuentas conjuntas deben avisar de inmediato a la agencia gubernamental y la institución financiera sobre el fallecimiento de un beneficiario. Los fondos depositados después de la fecha de fallecimiento o inelegibilidad, con la excepción de pagos de salarios, deben ser devueltos a la agencia gubernamental. La agencia gubernamental entonces tomará una determinación en cuanto a los derechos de sobrevivientes, calculará los pagos de beneficios a sobrevivientes, si aplican, e iniciará los pagos.

CAMBIANDO INSTITUCIONES FINANCIERAS RECEPTORAS

Los pagos de VCF seguirán siendo recibidos por la institución financiera seleccionada hasta que la agencia gubernamental sea notificada por el beneficiario que el beneficiario desea cambiar la institución financiera que recibe la transferencia electrónica de fondos. Para efectuar este cambio, el beneficiario necesita completar un Formulario de Información de Pago ACH de VCF en la nueva institución financiera seleccionada. Se recomienda que el beneficiario mantenga cuentas en ambas instituciones financieras hasta que se haya confirmado que la transición se ha completado y actualizado en los registros del VCF.

CANCELACIÓN

El acuerdo representado por esta autorización seguirá en vigencia hasta que sea cancelada por el beneficiario por medio de un aviso a la agencia federal o por el fallecimiento o incapacidad legal del beneficiario. Al momento de la cancelación por el beneficiario, el beneficiario debe notificar a la institución financiera receptora de la cancelación.

El acuerdo representado por esta autorización puede ser cancelado por la institución financiera al proporcionar al beneficiario un aviso por escrito 30 días antes de la fecha de la cancelación. El beneficiario tiene que avisar de inmediato a la agencia federal si la autorización fue cancelada por la institución financiera. La institución financiera no puede cancelar la autorización por aviso a la agencia gubernamental.

DECLARACIONES FALSAS O RECLAMOS FRAUDULENTOS

La ley federal proporciona una multa de no más de \$10,000 o encarcelamiento por no más de cinco (5) años o ambos, por presentar una declaración falsa o hacer un reclamo fraudulento.

Instrucciones para completar el Formulario de Información de Pago ACH de VCF

1. **Complete los campos en la Sección 1 siguiendo las instrucciones a continuación. La Sección 1 debe ser completada, firmada y fechada por el reclamante o la persona autorizada para recibir pagos a nombre del beneficiario.**
 - **Campo A - Nombre, dirección y número de teléfono del beneficiario:** Escriba el nombre o nombres, domicilio y número de teléfono del dueño o dueños de la cuenta bancaria donde se van a tramitar los pagos.
 - **Campo B - Nombre de las persona(s) con derecho al pago:** Escriba el nombre legal completo del reclamante (o Representante Autorizado aprobado).
 - **Campo C - Número de seguro social del beneficiario:** Escriba el número de seguro social, identificación fiscal, identificación nacional o número de pasaporte del reclamante (o Representante Autorizado aprobado).
 - **Campo D - Tipo de cuenta de depósito:** Usted debe identificar si la cuenta es una cuenta corriente o de ahorros. Si no está seguro si su cuenta es de cheques o cuenta de ahorros, por favor consulte con su banco.
 - **Campo E - Número de cuenta de depósito:** Escriba el número de la cuenta bancaria donde se van a depositar los pagos. **NO** incluya el número de ruta bancaria (routing number).
 - **Campo F - Número de Reclamo VCF:** Escriba el número de reclamo VCF del reclamante.
 - **Certificación de Beneficiario/Beneficiario Conjunto:** El reclamante o su Representante Autorizado aprobado **deben firmar y escribir la fecha** en esta sección.
 - **Certificación de Titulares de Cuenta Conjunta (opcional):** Si aplica, el titular de cuenta conjunta **debe firmar y escribir la fecha** en esta sección. Por favor, observe que esta firma con fecha es solicitada pero no requerida.





9/11 VCF

VICTIM COMPENSATION FUND

2. **Pregunte a un representante de su banco que complete la Sección 3 siguiendo las instrucciones a continuación. Esta Sección debe ser completada, firmada y fechada por un representante del banco donde se encuentra su cuenta.** Por favor, lleve estas instrucciones consigo al banco para asegurarse que su formulario es completado correctamente.
 - **Nombre y domicilio de la Institución Financiera:** El representante debe escribir el nombre completo y domicilio del banco o unión de crédito. No se pueden utilizar apartados postales para este domicilio.
 - **Número de Ruta:** El representante debe escribir el número de ruta completo de nueve (9) cifras de la institución financiera.
 - **Nombre(s) de los titulares de la cuenta:** El representante debe escribir su nombre (y el nombre del titular de cuenta conjunta, si aplica), exactamente como aparece(n) en la cuenta.
 - **Escriba el nombre del representante en imprenta o escríbalo a máquina:** El/la representante debe escribir su nombre claramente. Por favor, observe que se le va a pedir que presente un nuevo formulario de ACH si no podemos leer el nombre del/la representante.
 - **Firma del/la representante:** El/la representante debe firmar el formulario.
 - **Número de teléfono:** El representante debe escribir el número telefónico de la institución financiera.
 - **Fecha:** El/la representante debe escribir la fecha.
3. **Envíe por correo o por fax a VCF el formulario completo. NO adjunte este formulario a su reclamo electrónico.**

