



**melody**  
BENEFITS

## 直接存款授权表

汇款信息

传真: 781-693-9531

电子邮箱: claims@melodybenefits.com

员工姓名: \_\_\_\_\_

雇主: \_\_\_\_\_

常用电话: \_\_\_\_\_ 社会安全号码 (SSN) 后 4 位数: \_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_

(电子邮箱必填, 用于接收重要的账户通知)

务必确保以下信息准确无误且注明支票账户或储蓄账户。

我特此授权 \_\_\_\_\_ 直接存款到我的 (请勾选一项):

支票账户

储蓄账户

银行名: \_\_\_\_\_

银行帐号: \_\_\_\_\_ 银行路由号码: \_\_\_\_\_

参见下面的支票样本, 以帮助您找到 9 位数银行代号和您的银行账户号码。

NAME  
ADDRESS  
CITY, STATE ZIP

0123  
01-23456789

DATE \_\_\_\_\_

PAY TO THE  
ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS

BANK NAME  
ADDRESS  
CITY, STATE ZIP

FOR \_\_\_\_\_

⑆0123456789 01234567890123⑆ 0123

Routing Number    Account Number

我授权 \_\_\_\_\_ 针对在上面显示的我的账户错误做出的任何计入金额执行计入金额和做出调整。  
本授权有效期持续至 \_\_\_\_\_ 收到直接存款书面终止通知或计划年度结束时。

员工签名: \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_