



**Solicitud para acogerse a Depósito Directo de pensión alimentaria**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Número(s) de caso(s) de ASUME: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución bancaria: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de ruta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: cheques \_\_\_\_\_ ahorros \_\_\_\_\_

Entiendo que de tener más de un caso de pensión alimentaria todos los pagos que reciba se depositarán únicamente en esta cuenta bancaria.

Envíe este formulario junto a un cheque en blanco nulo de su cuenta de cheque o una hoja de depósito preimpresa con su número de cuenta de ahorro a la siguiente dirección:

**Administración para el Sustento de Menores**  
**Atención: Depósito Directo de Pensión Alimentaria**  
**PO Box 192319**  
**San Juan PR 00919-2319**

Puede también entregarla en la oficina local o regional de ASUME en la que recibe servicios.

Esta autorización prevalecerá hasta tanto ASUME reciba una notificación por escrito de mi parte, 30 días antes de la fecha de efectividad, dando de baja este servicio. Notificaré cualquier cambio de institución financiera, tipo o número de cuenta inmediatamente a ASUME para que actualicen mi record y continúen procesando mis depósitos.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona custodia

\_\_\_\_\_  
Fecha