

**FORMULÁRIO PARA DEPÓSITO DIRETO (BRASIL)**

- Para se cadastrar com o depósito direto, o beneficiário deverá ler o verso deste formulário e preencher as informações solicitadas nas Seções 1 e 2. Em seguida, deverá encaminhar este formulário para a instituição financeira. A instituição financeira, por sua vez irá verificar as informações nas Seções 1 e 2, e irá completar a Seção 3. O formulário preenchido será devolvido à entidade do governo norte-americano identificados neste formulário.
- Para cada tipo de pagamento a ser enviado por depósito direto um formulário deverá ser preenchido.
- O número do pedido e tipo de pagamento estão impressos nos cheques do Governo norte-americano. Esta informação também é indicado nas cartas ao beneficiário e outros documentos da agência governamental.
- Os beneficiários devem manter a agência governamental dos Estados Unidos informando de qualquer mudanças de endereço, a fim de receber informações importantes sobre os benefícios e permanecer qualificado para os pagamentos.

**SEÇÃO 1 (A SER PREENCHIDO PELO BENEFICIÁRIO)**

<b>A NOME DO REPRESENTANTE PARA PAGAMENTO:</b> (sobrenome, nome, inicial nome do meio)		<b>D TIPO DE CONTA:</b> <input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> Conta Poupança	
ENDEREÇO: (rua, avenida, caixa postal)		<b>E NÚMERO DA CONTA:</b> 1 9 1 0	
CIDADE	ESTADO	CEP	<b>F Tipo de pagamento</b> <input type="checkbox"/> Seguro Social (SSA) <input type="checkbox"/> Aposentadoria para Ferroviários <input type="checkbox"/> Aposentadoria para Serviço Civil (OPM) <input type="checkbox"/> Veteranos das Forças Armadas dos EUA (VA Pension/Compensation) <input type="checkbox"/> Outro _____ (especificar)
TELEFONE: ( )			
<b>B NOME DO BENEFICIÁRIO:</b>			
<b>C NÚMERO DA PETIÇÃO (CLAIM) OU DA FOLHA DE PAGAMENTO (PAYROLL):</b>  Prefixo _____ Sufixo _____		<b>G ESTE CAMPO SOMENTE PARA ATRIBUIÇÃO DE PAGAMENTO (SE APLICÁVEL)</b>	
		TIPO	VALOR
<b>CERTIFICADO REPRESENTANTE DE PAGAMENTO</b> Certifico que li e compreendi a informação no verso deste formulário. Autorizo a instituição financeira nomeada abaixo o envio do pagamento de meu benefício para o meu banco a fim de ser depositada na conta bancária indicada por mim. Compreendo que os dados pessoais sobre a pensão serão tratados como informação confidencial mas autorizo que seja facultada a informação que por lei seja necessária para a protecção contra fraude ou crime.		<b>CERTIFICAÇÃO DE TITULARES DE CONTAS CONJUNTAS (opcional)</b> Certifico que li e compreendi a informação indicada no verso deste formulário, incluindo a INFORMAÇÃO IMPORTANTE PARA OS TITULARES DE CONTAS CONJUNTAS.	
ASSINATURA	DATA	ASSINATURA	DATA
ASSINATURA	DATA	ASSINATURA	DATA

**SEÇÃO 2**

(A SER PREENCHIDO PELO REPRESENTANTE PARA PAGAMENTO OU INSTITUIÇÃO FINANCEIRA)

NOME DA AGÊNCIA GOVERNAMENTAL	ENVIAR FORMULÁRIO PARA: <b>Federal Benefits Unit (San Jose, Costa Rica), conforme acordo com a BNY Mellon.</b>
-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SEÇÃO 3 (A SER PREENCHIDO PELA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA)**

NOME e ENDEREÇO DO BANCO <b>Banco Santander S.A.</b> Através do <b>BNY Mellon</b> BNY Mellon, Suite 154-1260, Mellon Client Service Center, 500 Ross Street, Pittsburgh, PA 15262-0001 ATTN. ACH DEPARTMENT	NÚMERO DE ROTEAMENTO 0 2 1 0 0 0 0 1	DÍGITO 8
	TÍTULO DA CONTA	

<b>CERTIFICADO INSTITUIÇÃO FINANCEIRA</b> Confirmo a identidade do beneficiário acima mencionado, assim como o número e título da conta. Como representante da instituição financeira acima nominada, certifico que a instituição financeira concorda em receber e depositar o pagamento acima identificado em conformidade com o volume 31 do Código de Regulamentos Federais dos Estados Unidos partes 240, 209, e 210			
NOME DO FUNCIONÁRIO DO BANCO	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DO BANCO	NÚMERO DE TELEFONE:	DATA

# INFORMAÇÃO IMPORTANTE – POR FAVOR LER COM ATENÇÃO

A informação prestada neste impresso é confidencial. Necessitamos da informação para podermos efectuar o pagamento de seu benefício de Benefícios Federais por depósito direto.

## QUANDO IRÁ RECEBER O SEU PAGAMENTO POR DEPÓSITO DIRETO:

Receberá seu benefício pouco depois da data efetiva do pagamento. Aderindo ao depósito direto, terá acesso imediato ao montante de seu benefício. Este é o método mais seguro para receber seu pagamento.

## CÂMBIO:

Por depósito direto, o montante de seu pagamento de Benefícios Federais será convertido nos Estados Unidos da América, em Reais de acordo com a taxa de câmbio a vigorar no dia da conversão, antes de ser depositada na sua conta bancária.

## **\*\*INFORMAÇÃO IMPORTANTE PARA TITULARES DE CONTAS CONJUNTAS\*\***

Caso tenha uma conta conjunta com uma pessoa que recebe pagamentos de Benefícios Federais, e essa pessoa falecer, deverá informar imediatamente o seu banco ou a Embaixada dos Estados Unidos da América ou ainda ao Escritório de Benefícios Federais Americano. Qualquer pagamento depositado depois da data do falecimento deverá ser devolvido a esta Instituição.

## ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO:

Em caso de alteração de endereço, deverá ser comunicado à Embaixada dos Estados Unidos da América ou com o Escritório de Benefícios Federais Americano. Os seus benefícios poderão ser suspensos caso o Escritório de Benefícios Federais Americano não consiga localizá-lo.

## MUDANÇA DE BANCO OU CONTA BANCÁRIA:

Caso tenha mudado de banco ou de conta bancária, deverá notificar um ao seguinte endereço:

**Federal Benefits Unit  
American Embassy  
Apartado postal 920  
Pavas 10109 San Jose  
Costa Rica  
SJRegion@ssa.gov**

Caso necessite mudar de banco ou de conta bancária, talvez necessitará preencher um novo formulário para requerer o depósito bancário. **Não encerre a sua antiga conta bancária até receber, pela primeira vez, os seus benefícios na nova conta.**

**Lei de Redução de Burocracia** - Esta informação cumpre com os requisitos de 44 U.S.C § 3507, conforme rectificado pela secção 2 da Lei de Redução de Burocracia de 1995. Não é obrigatório responder as estas perguntas a menos que seja fornecido um número de controle válido dos Serviços de Administração e Finanças. Calculamos que demorará aproximadamente 5 minutos para ler as instruções, obter os dados e responder às perguntas. **DEVERÁ ENVIAR OU ENTREGAR O FORMULÁRIO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PARA O SERVIÇO DE SEGURO SOCIAL DOS ESTADOS UNIDOS MAIS PRÓXIMO. Para enviar os seus comentários relacionados com o tempo estimado para o preenchimento deste formulário, escreva para a Administração do Seguro Social no seguinte endereço: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Envie para este endereço apenas comentários relacionados com o tempo estimado para o preenchimento do formulário.**