



P.O. Box 397, Lompoc, CA 93438-0397
815 W. Ocean Avenue • Lompoc, CA 93436
(805) 736-3423 • FAX (805) 735-7672 • TDD (800) 545-1833, ext.594
www.hasbarco.org

**SECTION 8 HOUSING CHOICE VOUCHER PROGRAM
AUTHORIZATION AGREEMENT FOR DIRECT DEPOSIT**

Payee Name: _____

Payee Mailing Address: _____

Phone Number: _____

Email Address: _____

New Account **OR** Change or Cancel Existing Account

Account Type:

Checking – Please attach a VOID Check

Savings – Please attach Direct Deposit Instructions from Bank

Rental Payments for:

All My Rental Units **OR** Only Rental Unit Listed Below (please attach list for additional units)

Tenant Address: _____

Tenant Address: _____

Tenant Address: _____

I hereby authorize HACSB to make direct deposits to my account. I understand this authorization will remain in effect until written notice is provided to HACSB thirty (30) days prior to payment dates. Funds paid through direct deposit should be credited to my account, by the 2nd business day each month, but no later than the 5th of each month.

Signature Date

FOR HACSB USE ONLY

_____ Vendor Code _____ Input By _____ Date



PO Box 397 Lompoc, CA 93438-0397
815 West Ocean Avenue • Lompoc, CA 93436-6526
(805) 736-3423 • FAX (805) 735-7672 • TDD (800) 545-1833 Ext.
www.hasbarco.org

**PROGRAMA DE VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA DE LA SECCIÓN 8
ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO**

Nombre del beneficiario: _____

Dirección postal del beneficiario: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Cuenta nueva **O** Cambiar o cancelar cuenta existente

Tipo de cuenta:

Cuenta de cheque (corriente): adjunte un cheque NULO

Cuenta de ahorros: adjunte las instrucciones de depósito directo del banco

Pagos de Alquiler/Renta para:

Todas mis viviendas en alquiler (rentadas) **O** Solo para las viviendas en alquiler (rentadas) enumeradas a continuación (adjunte la lista de viviendas adicionales)

Dirección de su inquilino: _____

Dirección de su inquilino: _____

Dirección de su inquilino: _____

Por la presente autorizo a HACSB realizar depósitos directos en mi cuenta. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que se proporcione una notificación por escrito a HACSB treinta (30) días antes de las fechas de pago. Los fondos pagados mediante depósito directo deben acreditarse/depositarse en mi cuenta el 2º día hábil de cada mes, pero no a más tardar el 5º de cada mes.

Firma

Fecha

SOLO PARA USO DE HACSB

Vendor Code

Input By

Date