



Provider Direct Deposit Enrollment Form For Colorado Cash Payments

Enter Provider ID Number ***REQUIRED FOR ENTRY*** *see page 2 for instructions*		
^Child Care License# (CC)	^Foster/Adoptive (CW)	^CBMS EFT Number for Adult Financial Burial or Colorado Works Payments (P)
^LEAP (LE)	^CORE or CASE Services (CW)	^CBMS Nursing Home - 5 digit License Number (NH)
^Name of County Contact Person		^County Contact Phone Number
Reason for Completing Form (please select one option only)		
Enroll for Direct Deposit into my personal or business bank account		
Change my Direct Deposit banking information		
Cancel Direct Deposit		

Provider Information **ALL FIELDS MUST BE COMPLETED**	
^Provider Name (Case Payee/Business Name)	
^Social Security Number or Federal EIN	
^Name of person completing this form if different from above	
^Phone Number	
Bank Information	
Checking Account OR Savings Account	
^Bank Name	
^Account Type (check one option only)	
^Bank Account Number	
^Bank Transit/Routing Number	
Attach a voided check or bank letter confirming account details, the document must have the account holder's name, account number and routing number printed on it. The routing number must be a 9-digit external routing number, it cannot start with a 5, this number is generally not found on a deposit slip, ask your bank for assistance if needed. See page 2 for more information.	

Agreement/Signature	
By signing below, I (we) authorize the Colorado Department of Human Services (CDHS), to initiate credit entries, and if necessary, reverse any incorrect EFT credit entries made in error to the bank account indicated above, in accordance with standard banking procedures, for payments related to the Colorado Electronic Benefits Transfer (EBT) Program. This agreement is to remain in effect until the CDHS EBT Program has received written notification of its termination, in such time and manner to afford the CDHS a reasonable opportunity to act on it. It is the responsibility of the provider/business to fill out and submit a new enrollment form to the CDHS if the provider/business changes or closes the account.	
^Signature	
^Date	

Return The Form
Please return the completed form and account verification to the State EBT Program using one of the methods below. Please keep a copy of this form for your records.
- Email: cdhs_ebt_policy@state.co.us (preferred method) - Fax: (303)866-4403 - Mail: CDHS/EBT Program, 1575 Sherman St., 3rd Floor, Denver, Colorado 80203



Form Guidance and Instructions

- The person completing this form should list the name of the person or business that holds the agreement with the CDHS. This would be the name on the license/contract or case
 - o CCCAP – Name on your license
 - o Child Welfare – Case Payee Name / Applicant 1
 - o LEAP – Name on Provider Contract
 - o Nursing Home – Name associated with your NPI
- If you are operating under, doing business as (dba), or would like a payment to go to a bank account that does not have the same name as above we will require additional documentation to process your enrollment or change. This could be a W-9, a document from the source system or a bank letter/voided check that displays both names.
- A provider number/ID must be added to one of the program boxes on page 1. If you are unsure of your provider number/ID, please work with your county contact to obtain that number. If you are an existing provider, your number should be listed on your remittance statements
 - o CCCAP – This is your license number
 - o Child Welfare – This is the provider#/ID from your payment roster document
 - o LEAP this is the provider ID listed in Salesforce
 - o Nursing Homes – this is the license number from the eligibility system. Work with the county to obtain this number
 - o Burial/Diversion – This is the EFT number from the eligibility system. Work with the county to obtain this number
- Remittance statement, please contact your county contact regarding access to remittance statements
- You **must** include a copy of a voided check (see example below) or a bank letter with the enrollment form. This verification document must include the account holder's name, account number and the bank external routing number. The document cannot be handwritten. Please work with your bank to obtain this verification
- EBT does not determine the amount paid to you or your agency. Please review your agreement or speak to your county contact regarding payments
- Please complete the **entire form clearly** to avoid delay in payment. We are unable to process unless the form is complete
- The signature date must be within 60 days of the submission date of this form. It must also be a physical signature or electronic signature software must be used.
- Monthly ongoing payments may be released up to 5 days prior to their due date to accommodate standard ACH processing time

Voided Check Example

NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

0123
01-23456789

DATE

PAY TO THE
ORDER OF

\$

BANK NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

FOR

0123456789 01234567890123 0123

Routing Number Account Number

- Routing number cannot start with a five (5). The routing number must be the bank external routing number
- Account holder's name must be printed on the check and not handwritten



Formulario de inscripción de depósito directo del proveedor para pagos en efectivo de Colorado

Ingrese el número de ID de proveedor ***OBLIGATORIO PARA INGRESAR*** *consulte la página 2 para obtener instrucciones*

^N.º de licencia de cuidado infantil (CC)	^Cuidados de crianza temporales/adopción (CW)	^Número de EFT de CBMS para servicios financieros de entierro para adultos o pagos de Colorado Works (P)
^LEAP (LE)	^Servicios CORE o CASE (CW)	^Residencia de ancianos de CBMS - 5 Número de licencia de 5 dígitos (NH)

^Nombre de la persona de contacto del condado ^Teléfono de la persona de contacto del condado

Motivo para completar el formulario (seleccione solo una opción)

- Inscribirme para el depósito directo en mi cuenta bancaria personal o comercial
- Cambiar mi información del banco para depósito directo
- Cancelar el depósito directo

Información del proveedor **SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS**

^Nombre del proveedor (Beneficiario del caso/Nombre del negocio)	^Número de Seguro Social o EIN federal
^Nombre de la persona que completa este formulario	^Teléfono
Información del banco	
Cuenta corriente O Cuenta de ahorros	
^Nombre del banco	^Tipo de cuenta (marque solo una opción)
^Número de cuenta bancaria	^Número de ruta y tránsito del banco
Adjunte un cheque anulado o carta del banco para confirmar los detalles de la cuenta. El número de ruta debe ser un número de ruta externo de 9 dígitos, no puede comenzar con un 5. Consulte la página 2 para obtener más información.	

Acuerdo/Firma

Con mi firma a continuación, yo (nosotros) autorizo(autorizamos) por este medio al Departamento de Servicios Humanos de Colorado (Colorado Department of Human Services, CDHS) a dar curso a asientos de crédito, y si fuera necesario, cambiar los asientos de crédito mediante transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) incorrectos efectuados por error a la cuenta bancaria que se indica más arriba, de conformidad con los procedimientos bancarios convencionales, para pagos relacionados con el programa de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) de Colorado. Este acuerdo seguirá vigente hasta que el programa de EBT de CDHS haya recibido la notificación por escrito de su terminación en tiempo y manera que dé a CDHS una posibilidad razonable de obrar en consecuencia. El proveedor/la empresa será responsable de llenar y presentar un nuevo formulario de inscripción a CDHS si el proveedor/la empresa cambia o cierra la cuenta.

^Firma ^Fecha

Entrega del formulario

Por favor entregue el formulario completo y la verificación de la cuenta al Programa EBT del estado mediante uno de los siguientes métodos. Guarde una copia de este formulario como constancia.

- Correo electrónico: cdhs_ebt_policy@state.co.us (método preferido)
- Fax: (303)866-4403
- Correo postal: CDHS/EBT Program, 1575 Sherman St., 3rd Floor, Denver, Colorado 80203



Instrucciones para el formulario

- La persona que completa este formulario debe indicar el nombre de la persona o negocio que tiene el acuerdo con CDHS. Este será el nombre en la licencia/contrato o caso
 - o CCCAP – Nombre en su licencia
 - o Bienestar infantil – Nombre del beneficiario del caso / Solicitante 1
 - o LEAP – Nombre en el contrato de proveedor
 - o Residencia de ancianos – Nombre asociado a su NPI
- Si opera, o comercia bajo el nombre (*doing business as, dba*), o desea que un pago se haga a una cuenta de banco que no tiene el mismo nombre que el indicado antes, necesitaremos documentación adicional para procesar su inscripción o cambio. Esto sería un formulario W-9, un documento del sistema de fuente o una carta del banco/cheque anulado que muestre ambos nombres.
- Se debe agregar un número/ID de proveedor a uno de los cuadros de programa en la página 1. Si no está seguro de cuál es su número/ID de proveedor, hable con su contacto del condado para obtener ese número. Si es un proveedor actual, su número debería estar indicado en los estados de cuenta de sus giros.
 - o CCCAP – Este es su número de licencia
 - o Bienestar infantil – Este es el número/ID de proveedor de su documento de lista de pagos.
 - o LEAP – Este es el ID de proveedor indicado en Salesforce
 - o Residencias de ancianos – Este es el número de licencia del sistema de elegibilidad. Consulte al condado para obtener este número.
 - o Entierro/Derivación – Este es el número EFT del sistema de elegibilidad. Consulte al condado para obtener este número.
- Estado de cuenta de giros, comuníquese con su contacto del condado con respecto al acceso a los estados de cuenta de giros.
- Debe** incluir una copia de un cheque anulado (vea el ejemplo a continuación) o una carta del banco junto con el formulario de inscripción. Este documento de verificación debe incluir el nombre del titular de la cuenta, el número de cuenta y el número de ruta externo del banco. El documento no puede estar escrito de puño y letra. Colabore con su banco para obtener esta verificación.
- EBT no determina el monto pagado a usted ni a su agencia. Revise su acuerdo o hable con su contacto del condado con respecto a los pagos.
- Complete **todo el formulario de forma clara** para evitar demoras en el pago. No podremos tramitar el formulario si no está completo.
- La fecha de la firma debe ser en el plazo de 60 días a partir de la fecha de presentación de este formulario. Además debe ser una firma física o se debe usar un software de firma electrónica.
- Los pagos mensuales en curso pueden emitirse hasta 5 días antes de su fecha de pago para adecuarse al tiempo de procesamiento de ACH estándar.

Ejemplo de cheque anulado

NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

0123
01-23456789

DATE

PAY TO THE
ORDER OF

\$

BANK NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

FOR

0123456789 01234567890123 0123

Routing Number Account Number

- El número de ruta no puede empezar con un 5 (cinco). El número de ruta debe ser el número de ruta externo del banco.
- El nombre del titular de la cuenta debe estar impreso en el cheque y no escrito a mano.