



{ **Formulario de transferencia bancaria** }

Solicitud de transferencia bancaria ACH: Si desea que IMG use Direct Deposit para enviar un reembolso por reclamos médicos u otros costos médicos reembolsables abonados por usted como socio, indíquelo a continuación completando todos los detalles de la información bancaria y de la transferencia.

Nombre del socio: _____

Identificación de socio de IMG o NSPID: _____

Nombre del titular de la cuenta (exactamente como aparece en la cuenta): _____

Número de cuenta bancaria: _____ Número de identificación del banco: _____

Nombre del banco: _____ Número de teléfono del banco: _____

Dirección del banco: _____

*Puede encontrar la identificación de socio de IMG en la tarjeta de identificación que le envió IMG. El NSPID es su número de identificación personal que le envió AmeriCorps; puede encontrar este número accediendo a su cuenta en el portal My AmeriCorps.

Por medio del presente, autorizo a International Medical Group, Inc. (IMG) a acreditar de forma electrónica el reembolso de los costos médicos aptos, según corresponda, conforme al programa de beneficios médicos de AmeriCorps VISTA. Entiendo que la presente autorización tendrá vigencia hasta que la revoque por escrito.

Firma del socio: _____ Fecha: _____

Puede enviar el formulario completo a IMG por:

Correo electrónico: vistacare@imglobal.com

Fax: (855) 851-2971

Correo postal: IMG

P.O. Box 88506

Indianapolis, IN 46208

Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímile. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.