

Give Every Child A Chance

322 Sun West Place

Manteca, CA 95337

Office: (209)823-6222 Fax: (209)823-6255

Formulario de Autorización de Pago periódico

Programa su pago para que sea deducido automáticamente de su cuenta bancaria, o con cargo a su tarjeta Visa, MasterCard, American Express o Discover. Sólo tiene que llenar y firmar esta forma para empezar.

Pagos recurrentes le hará la vida más fácil:

- Es conveniente (le ahorra tiempo y gastos de envío)
- El pago es siempre a tiempo (incluso si usted está fuera de la ciudad), eliminara los cargos por pagar tarde

Así es como funcionan los pagos recurrentes:

Usted autoriza los cargos regulares a su cuenta de cheques/ahorros o tarjeta de crédito. Se le cobrará la cantidad indicada debajo de cada período de facturación. Un recibo de cada pago será enviado por correo electrónico y aparecerá el cargo en su estado de cuenta como "ACH débito." El usuario acepta que ninguna notificación previa se proporcionará al menos que la fecha o cantidad de cambios, en cuyo caso usted recibirá un aviso de nosotros por lo menos 10 días antes de que el pago se reciba.

Por Favor complete la siguiente información:

Yo _____ autorizo a Give Every Child A Chance de cargar a mi tarjeta de
(Nombre Completo)

crédito por \$ _____ el día _____ de cada mes para el pago de la matriculo de mi hijo en el

Programa después de escuela comenzando _____, 201____.
(Mes Día Año)

Dirección de Envió _____ Teléfono# _____

Ciudad, Estado, Numero Postal _____

Correo Electrónico _____

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____

Cuenta de Cheques / Ahorros

Cuenta de Chuques Ahorros

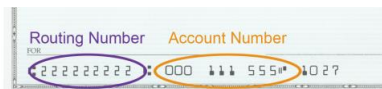
Nombre en la cuenta _____

Nombre de Banco _____

Número de cuenta _____

#de ruta bancaria _____

Banco Ciudad/Estado _____



Tarjeta de crédito

Visa MasterCard

Amex Discover

Nombre del titular de la tarjeta _____

Número de Cuenta _____

Fecha de expiracion _____

Firma _____

Fecha _____

Entiendo que esta autorización se mantendrá en efecto hasta que la cancele por escrito, y yo estoy de acuerdo en notificar a Give Every Child A Chance por escrito de cualquier cambio en la información de mi cuenta o terminación de esta autorización al menos 15 días antes de la próxima fecha de facturación. Si las fechas de pago indicadas anteriormente caen en un fin de semana o vacaciones, entiendo que los pagos se pueden ejecutar en el siguiente día hábil. Por débitos ACH a mi cuenta de cheques / ahorros, entiendo que debido a que éstas son las transacciones electrónicas, estos fondos pueden ser retirados de mi cuenta tan pronto como las fechas de las transacciones periódicas indicadas anteriormente. En el caso de una transacción ACH ser rechazado por fondos insuficientes (NSF) Entiendo que Give Every Child A Chance en su intento discreción para procesar la carga de nuevo dentro de los 30 días, y de acuerdo con un cargo adicional de **\$25.00 por cada intento de regresar NSF** los cuales se iniciará como una transacción separada del pago periódico autorizado. Reconozco que el origen de las transacciones ACH a mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley EE.UU. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito cuenta / banco y no voy a disputar estas operaciones programadas con mi banco o tarjeta de crédito de la compañía; siempre que las transacciones se corresponden con los términos indicados en este formulario de autorización.