



Health Reimbursement Arrangement (HRA)
Authorization Agreement for
Direct Deposit
ਸਿਹਤ ਅਦਾਇਗੀ ਪ੍ਰਬੰਧ (HRA)
ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ

Please note: You may enroll in direct deposit electronically by logging into your HRA account at www.magnacare.wealthcareportal.com. If preferred, you may use this form and submit the completed form to the address listed below.

ਕ੍ਰਿਪਾ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਤੁਸੀਂ www.magnacare.wealthcareportal.com 'ਤੇ ਆਪਣੇ HRA ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਲੋਗਇਨ ਕਰਕੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿੱਧੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਭਰੇ ਹੋਏ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

I hereby authorize MagnaCare to initiate deposit of my health reimbursement agreement (HRA) reimbursements to the bank account(s) indicated below and, if necessary, debit entries and adjustment for any credit entries made in error to my account(s).

ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ MagnaCare ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਬੈਂਕ ਖਾਤਿਆਂ (ਖਾਤਿਆਂ) ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਸਿਹਤ ਅਦਾਇਗੀ ਸਮਝੌਤੇ (HRA) ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਅਤੇ, ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਡੈਬਿਟ ਐਂਟਰੀਆਂ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਖਾਤੇ (ਖਾਤਿਆਂ) ਵਿੱਚ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਐਂਟਰੀਆਂ ਲਈ ਸਮਾਯੋਜਨ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

Please attach a copy of a cancelled check if you are electing to have reimbursement sent to your checking account. If you are electing to have reimbursement sent to your savings account, please contact your bank for the Transit ABA Routing Number.

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਭੇਜਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਚੈੱਕ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬਚਤ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਅਦਾਇਗੀ ਭੇਜਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਟ੍ਰਾਂਜਿਟ ABA ਰੂਟਿੰਗ ਨੰਬਰ ਲਈ ਆਪਣੇ ਬੈਂਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

This account is (Please check one of the following options):

ਇਹ ਖਾਤਾ ਹੈ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ):

New _____ Change _____ Cancel _____

ਨਵਾਂ _____ ਬਦਲੋ _____ ਰੱਦ ਕਰੋ _____

Transit ABA Routing Number

Account Number

Account Type (Checking or Savings)

ਟ੍ਰਾਂਜਿਟ ABA ਰੂਟਿੰਗ ਨੰਬਰ

ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ

ਖਾਤਾ ਕਿਸਮ (ਚੈਕਿੰਗ ਜਾਂ ਬੱਚਤ)

Bank Name, Address and Phone Number: ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

Please Print Your Name:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ:

Alternate ID or Social Security Number: _____

ਵਿਕਲਪਿਕ ਆਈਡੀ ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ:

Signature ਦਸਤਖਤ

Date ਤਾਰੀਖ

MAIL COMPLETED FORM TO:

ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ:

MagnaCare
PO Box 161357, Altamonte Springs, FL 32716
855-405-3863
Fax# ਫੈਕਸ# 844-791-8316