

HOPE ACADEMY

2300 Chicago Ave.
Minneapolis, MN 55404
612-540-2000

ACH Recurring Payment Authorization Form

Schedule your payment to be automatically deducted from your checking or savings account for the school year indicated on this form only. Just complete and sign this form to get started.

Here's How Recurring Payments Work:

You authorize regularly scheduled charges to your checking or savings account. You will be charged the amount indicated below each billing period. The charge will appear on your bank statement as an ACH Debit. You agree that no prior notification will be provided unless the date or amount changes, in which case you will receive notice from us prior to the payment being collected. This authorization remains in effect until you cancel it.

Please complete the information below:

I, _____, authorize Hope Academy to charge my bank account
(full name)
indicated below on the 1st, 5th, or 15th of each month in the amount of \$_____ for payment of my tuition.
(circle one)

Please include: Before/After School Care Sports Fees

(Tuition may be billed in July and August to pay off a balance.)

Billing Address _____ Phone _____

City, State, Zip _____ Email _____

Please print clearly

Please use my account information on file.

Account Type: Checking Savings

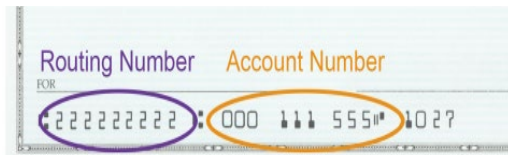
Name on Acct _____

Bank Name _____

Routing Number _____

Account Number _____

Bank City/State _____



SIGNATURE _____

DATE _____

I understand that this authorization will remain in effect until I cancel it in writing, and I agree to notify Hope Academy in writing of any changes in my account information or termination of this authorization at least 15 days prior to the next billing date. If the above noted periodic payment dates fall on a weekend or holiday, I understand that the payment may be executed on the next business day. I understand that because this is an electronic transaction, these funds may be withdrawn from my account as soon as the above noted periodic transaction dates. In the case of an ACH Transaction being rejected for Non Sufficient Funds (NSF) I understand that Hope Academy may at its discretion attempt to process the charge again within 30 days, and agree to an additional \$10 charge for each attempt returned NSF which will be initiated as a separate transaction from the authorized recurring payment. I acknowledge that the origination of ACH transactions to my account must comply with the provisions of U.S. law. I agree not to dispute this recurring billing with my bank so long as the transactions correspond to the terms indicated in this authorization form.

HOPE ACADEMY

2300 Chicago Ave.
Minneapolis, MN 55404
612-540-2000

Formulario de autorización de pagos recurrentes ACH

Programa su pago para que se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques o de ahorros para el año escolar indicado en este formulario únicamente. Simplemente complete y firme este formulario para comenzar.

Así es como funcionan los pagos recurrentes:

Usted autoriza los cargos programados regularmente a su cuenta de cheques o de ahorros. Se le cobrará la cantidad que se indica a continuación en cada período de facturación. El cargo aparecerá en su extracto bancario como un débito ACH. Usted acepta que no se le proporcionará ninguna notificación previa a menos que cambie la fecha o el monto, en cuyo caso recibirá una notificación de nuestra parte antes de que se cobre el pago. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que la cancele.

Por favor complete la siguiente información:

Yo, _____, autorizo a Hope Academy a cargar mi cuenta bancaria
(nombre completo)

indicada a continuación el **1, 5, o 15** de cada mes por la cantidad de \$ _____ para el pago de mi colegiatura.
(encierra en un círculo)

Por favor incluya: Cuidado antes y después de la escuela Tarifas deportivas

(La matrícula puede ser facturada en julio y agosto para pagar el saldo).

Dirección de envío _____ Teléfono _____

Código postal _____ Correo electrónico _____

Por favor imprima claramente

Por favor utilice la información de mi cuenta que esta en mi archivo.

Tipo de cuenta: Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

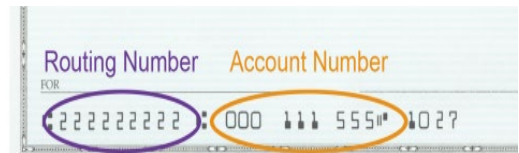
Nombre en cuenta _____

Nombre del banco _____

Ruta bancaria # _____

Número de cuenta _____

Ciudad / estado del banco _____



FIRMA _____

FECHA _____

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar a Hope Academy por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la terminación de esta autorización al menos 15 días antes de la próxima fecha de facturación. Si las fechas de pago periódicas indicadas anteriormente caen en un fin de semana o feriado, entiendo que el pago puede ejecutarse el siguiente día hábil. Entiendo que debido a que se trata de una transacción electrónica, estos fondos pueden retirarse de mi cuenta tan pronto como se cumplan las fechas de las transacciones periódicas indicadas anteriormente. En el caso de que una transacción ACH sea rechazada por fondos insuficientes (NSF), entiendo que Hope Academy puede, a su discreción, intentar procesar el cargo nuevamente dentro de los 30 días, y acepto un cargo adicional de \$ 10 por cada intento devuelto por NSF, que será iniciada como una transacción separada del pago recurrente autorizado. Reconozco que el origen de transacciones ACH en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de EE. UU. Acepto no disputar esta facturación recurrente con mi banco siempre que las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.