

**Lebensmittelleistungen des Verwaltungsbezirks \_\_\_\_\_**

**Elektronische Überweisung der Leistungen**

**Antrag auf Kontobelastung**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Fallnummer** \_\_\_\_\_ **FSIS-Nr.** \_\_\_\_\_

**EBT-Karte PAN** \_\_\_\_\_ **Referenznummer** \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich der Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks \_\_\_\_\_, Lebensmittelleistungen (Food and Nutrition Services, FNS) mit meiner Unterschrift unten die Genehmigung, mein FNS-Konto mit dem Betrag von \_\_\_\_\_ USD pro \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ zu belasten. Ferner genehmige ich, dass Lebensmittelleistungen, für die mein Konto belastet wird, mit meinem ausstehenden FNS-Anspruch verrechnet werden. Ich verstehe, dass diese genehmigte Belastung zusätzlich zu den Leistungen erfolgen kann, die automatisch von meinem zugewiesenen Betrag abgezogen werden, um einen ausstehenden Überzahlungsanspruch zu befriedigen. Ich verstehe, dass ich diese Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Ferner verstehe ich, dass ohne meine schriftliche Einwilligung keine weiteren Belastungen von meinem EBT-Konto vorgenommen werden können. Ich bin mir jedoch bewusst, dass ich für unbezahlte FNS-Ansprüche verantwortlich bleibe. Solche Ansprüche können automatisch zu den gestatteten Beträgen von meinen Leistungen einbehalten werden. Ich habe diese Vereinbarung aus freiem Willen unterzeichnet.

**Unterschrift** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

**Sachbearbeiter** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

---

**FÜR VERMERKE DER AGENTUR**

Anfänglich ausstehender Anspruchsbetrag: \_\_\_\_\_

EBT-Kontobelastung: \_\_\_\_\_

Restlicher ausstehender Anspruchsbetrag: \_\_\_\_\_

Datum der EBT-Kontobelastung: \_\_\_\_\_

Datum der Eintragung der Belastung in EPICS: \_\_\_\_\_

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_