

Servicios de Alimentos y Nutrición del Condado _____

**Transferencia Electrónica de Beneficios
Solicitud de débito de cuenta**

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de caso de responsabilidad del producto _____

Tarjeta EBT PAN _____

Por el presente documento autorizo al Departamento de Servicios Sociales del condado _____, Servicios de Alimentación y Nutrición (FNS), (como lo demuestra mi firma a continuación) para debitar de mi cuenta FNS el monto de \$ _____ por _____ comenzando desde _____ hasta el _____. Además, autorizo que los beneficios de FNS que se debiten de mi cuenta se apliquen a mi reclamo pendiente de FNS. Entiendo que este débito autorizado puede ser adicional a los beneficios que se deducen automáticamente de mi asignación para satisfacer un reclamo de sobrepago pendiente. Entiendo que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento.

También entiendo que no se pueden realizar más débitos de mi cuenta de EBT sin mi consentimiento por escrito; sin embargo, sé que soy responsable de todo saldo de reclamo de FNS no pagado, que se puede ser retenido automáticamente de mis beneficios dentro de xlos límites permitidos. He celebrado este acuerdo por mi propia voluntad.

Firma _____ **Fecha** _____

Trabajador social _____ **Fecha** _____

PARA USO DE LA AGENCIA

Saldo inicial de la reclamación: _____

Cuenta débito EBT _____

Saldo de reclamo restante _____

Fecha de débito de la cuenta EBT: _____ Fecha de débito ingresado en NCFAST: _____

Observaciones: _____
