

Services d'alimentation et de nutrition du comté de \_\_\_\_\_

Transfert électronique de prestation

Demande de débit de compte

Nom : \_\_\_\_\_

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

N° d'id. du dossier \_\_\_\_\_ N° d'id. du FSIS \_\_\_\_\_

N° d'accès personnel à la carte EBT \_\_\_\_\_ N° d'id. de référence \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente le Département des services sociaux du comté de \_\_\_\_\_, les Services d'alimentation et de nutrition (FNS), (comme cela a été démontré par ma signature ci-dessous) à débiter mon compte FNS du montant de \_\_\_\_\_ \$ par \_\_\_\_\_ à partir de \_\_\_\_\_ jusqu'à \_\_\_\_\_. J'autorise en outre le FNS à débiter de mon compte en fonction de ma réclamation FNS en cours. Je comprends que ce débit autorisé soit cumulé aux montants automatiquement déduits de mon allocation pour répondre à une réclamation de trop-perçu exceptionnel. Je comprends que je peux révoquer cet accord à tout moment.

Je comprends également qu'aucun nouveau débit ne peut être fait à partir de mon compte EBT sans mon consentement écrit ; cependant, je suis conscient(e) que je reste responsable de tout solde impayé pour réclamation FNS, qui peut automatiquement être retenu sur mes prestations dans les limites autorisées. J'ai conclu cet accord de mon plein gré.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Agent de traitement des dossiers \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

-----  
**RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'AGENCE**

Solde au début de la réclamation : \_\_\_\_\_

Débit du compte EBT : \_\_\_\_\_

Solde restant après la réclamation : \_\_\_\_\_

Date de débit du compte EBT : \_\_\_\_\_ Date de débit saisie dans EPICS : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_