

**Servicios de Alimentos y Nutrición del Condado \_\_\_\_\_**

**Transferencia electrónica de beneficios**

**Solicitud de débito de cuenta**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º ID. del caso \_\_\_\_\_ N.º ID de FSIS \_\_\_\_\_

PAN tarjeta EBT \_\_\_\_\_ N.º ID de remisión \_\_\_\_\_

Por el presente autorizo al \_\_\_\_\_ Departamento de Servicios Sociales del Condado, Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS), (como lo prueba mi firma abajo) a debitar de mi cuenta de FNS el monto de \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ comienzo \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

También autorizo a que los FNS que se debitan de mi cuenta se apliquen a mi reclamo pendiente de FNS. Entiendo que este débito autorizado puede agregarse 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 EBT sin mi consentimiento por escrito, sin embargo, sé que soy responsable de todo saldo de reclamo de FNS impago, que puede ser retenido automáticamente de mis beneficios dentro de los límites permitidos. He celebrado este acuerdo por propia voluntad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Asistente social \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

-----  
*PARA USO DE LA AGENCIA*

**BEGINNING CLAIM BALANCE:** \_\_\_\_\_

EBT Account Debit: \_\_\_\_\_

Remaining Claim Balance: \_\_\_\_\_

Date of EBT Account Debit: \_\_\_\_\_ Date Debit Keyed in EPICS: \_\_\_\_\_

Remarks: