_____ 카운티 식품 및 영양 서비스

전자 수당 지급

계좌 직불카드 요청

이름:_____

주소:_____

_____

케이스 번호 _____ **FSIS ID 번호** _____

_____

EBT 카드 PAN _____ **참조 ID 번호** _____

본인은 _____ 카운티 사회복지부, 식품 및 영양 서비스(FNS)에 본인의 FNS 계좌에서 $_____씩 매 _____마다 _____부터 시작하여 _____ _____까지 인출할 권한을 부여합니다(아래 본인의 서명으로 입증함). 또한 FNS에게 본인 계좌에서 인출된 금액을 본인이 잔여 FNS의 청구액에 적용하도록 승인합니다. 본인은 이 허가된 인출이 잔여 과다지급 청구액을 회수하기 위해 현재 본인의 수급액에서 자동으로 차감되고 있는 수당에 추가하여 처리될 수도 있음을 알고 있습니다. 본인은 본 합의를 언제든 철회할 수 있음을 알고 있습니다.

또한 본인은 본인의 서면 동의 없이는 본인 EBT 계좌에서 추가로 인출할 수 없다는 것도 알고 있습니다. 단, 미지급 FNS 청구 잔액은 계속해서 본인의 책임이며, 이는 허용 한도 내에서 본인이 받을 수당에서 자동 차감될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 본 합의를 자유의사에 따라 체결하였습니다.

서명 _____ **날짜** _____

사회복지사 _____ **날짜** _____

당 기관용

기초 청구 잔액: _____

EBT 계좌 인출액: _____

기말 청구 잔액: _____

EBT 계좌 인출일자: _____ EPICS에 입력된 인출일자: _____

비고: _____

_____

_____