

Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm Của Hạt _____
Chuyển Khoản Phúc Lợi Bằng Điện Tử
Yêu Cầu Ghi Nợ Tài Khoản

Tên: _____

Địa chỉ: _____

ID Hồ Sơ _____ **# ID FSIS** _____

PAN Thẻ EBT _____ **# ID Giới Thiệu** _____

Tôi sau đây ủy quyền _____ Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt, Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm (Food and Nutrition Services hay FNS), (được chứng minh bằng chữ ký của tôi dưới đây) để ghi nợ Tài Khoản FNS của tôi với số tiền \$ _____ mỗi _____ bắt đầu từ _____ đến _____. Tôi tiếp tục ủy quyền FNS được ghi nợ từ tài khoản của tôi áp dụng cho yêu cầu FNS chưa trả của tôi. Tôi hiểu rằng ghi nợ được ủy quyền này có thể thêm vào các phúc lợi đang được tự động khấu trừ từ phân bổ của tôi để đáp ứng một yêu cầu thanh toán vượt mức chưa trả. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi thỏa thuận này vào bất kỳ lúc nào.

Tôi cũng hiểu rằng không ghi nợ thêm nào có thể được thực hiện từ tài khoản EBT của tôi mà chưa có sự nhất trí bằng văn bản của tôi; tuy nhiên, tôi biết rằng tôi vẫn chịu trách nhiệm về bất kỳ số dư yêu cầu FNS chưa trả nào, có thể được tự động giữ lại từ phúc lợi của tôi ở giới hạn cho phép. Tôi đã tự nguyện ký vào thỏa thuận này.

Chữ ký _____ **Ngày** _____

Nhân viên phụ trách _____ **Ngày** _____

CHỈ SỬ DỤNG CHO CƠ QUAN

Số Dư Yêu Cầu Bắt Đầu: _____

Ghi Nợ Tài Khoản EBT: _____

Số Dư Yêu Cầu Còn Lại: _____

Ngày Ghi Nợ Tài Khoản EBT: _____ Ngày Ghi Nợ Nhập vào EPICS: _____

Nhận Xét: _____
