

ACUERDO SOBRE LA CUENTA LIMITADA DEL PROGRAMA DE CALFRESH - PARTE B

NOMBRE DEL CASO	NÚMERO DEL CASO
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CONDADO	NÚMERO DEL TRABAJADOR

Usted tiene que completar la siguiente información cuando abre la cuenta limitada. Firme y ponga la fecha en el original de este acuerdo y entréguelo al Condado junto con pruebas de la cuenta.

NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUE TIENE LA CUENTA - COMO APARECE EN LA CUENTA

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.	NÚMERO DE LA CUENTA	SALDO ACTUAL
FIRMA O MARCA DEL JEFE DEL GRUPO PARA FINES DE CALFRESH O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	

County Use Section (Esta sección es para uso del Condado.)

I certify that the household member or authorized representative signing this form has been given a copy of the Restricted Account Coversheet and this Agreement. The individual has stated he/she understands the rules and the responsibilities for starting, keeping, and ending a Restricted Account(s).

SIGNATURE OF COUNTY WORKER	WORKER NUMBER	DATE
----------------------------	---------------	------