

ACUERDO SOBRE LA CUENTA LIMITADA DEL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA - PARTE B

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

Ud. tiene que completar la siguiente información cuando abre la cuenta limitada. Firme y ponga la fecha en la original de este acuerdo y entréguela 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 ESTAMPILLAS PARA COMIDA 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
----------------------------	---------------	------