

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
ACUERDO DE PAGO POR RECLAMO EBT

Nombre _____ Condado _____

Dirección _____ Trabajador _____

Número de teléfono _____

Número de caso _____ Número de reclamo _____

Últimos 4 dígitos del número de seguridad social _____

Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Georgia a deducir como máximo el siguiente monto
_____ dólares (\$) de mi
cuenta EBT de Cupones para Alimentos (solo para emisiones FS)

Entiendo que la decisión de refinanciar mi deuda con los beneficios EBT es voluntario y que puedo cancelar
esta solicitud en cualquier momento antes del cierre del próximo día laboral _____
fecha

Entiendo que este pago se suma a cualquier recuperación automática de mis beneficios.

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante del condado

Fecha

Quiero cancelar mi solicitud con fecha _____ para deducir un pago de reclamo de mi cuenta EBT.

Firma del cliente

Fecha

Confirmación de pago de reclamo por el monto de _____
dólares (\$ _____)

Representante de la Oficina Estatal de Reclamos

Fecha