

**CONTRATO DE CONTA RESTRITA DO PROGRAMA VALE-REFEIÇÃO - PARTE B**

NOME DO CASO	NÚMERO DO CASO
NOME DO FUNCIONÁRIO DO CONDADO	NÚMERO DO FUNCIONÁRIO

**Você deve preencher as informações abaixo ao abrir a Conta Restrita. Assine, coloque a data e entregue o original deste Contrato para o condado com o comprovante da conta.**

NOME(S) DO(S) TITULAR(ES) DA CONTA NA CONTA		
NOME E ENDEREÇO DO BANCO, ETC.	NÚMERO DA CONTA	SALDO ATUAL
ASSINATURA OU MARCA DO CHEFE DA RESIDÊNCIA OU REPRESENTANTE AUTORIZADO		DATA

**County Use Section**

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
----------------------------	---------------	------