

**CONTRATO DE CONTA RESTRITA DO PROGRAMA CALFRESH PARTE B**

NOME DO CASO	NÚMERO DO CASO
NOME DO TRABALHADOR DO CONDADO	NÚMERO DO TRABALHADOR

**Você deve preencher as informações a seguir ao abrir a Conta Restrita. Assine, date e entregue o original deste Contrato ao condado com prova da conta.**

NOMES DOS TITULARES DE 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 (Seção de Uso do 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
----------------------------	---------------	------