TEXAS
Health and Human
Services Commission

(Client Name and Address)

Date/Fecha	**FS Case Number**/Núm. del Caso de Estampillas para Comida
Case Name/Nombre del Caso	
Employee Name/Nombre del Empleado	
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono	

Installment Payment Agreement – Debit of a Lone Star Food Account

The Department has determined that your household has an outstanding balance for an overpayment of Food Stamp (FS) benefits. You may choose to pay the FS claim by using benefits from you Lone Star food account. To authorize the Department to debit your Lone Star food account to pay this claim, please sign and date this written agreement and return it in the enclosed envelope to the above address.

I agree to have $ in food stamp benefits removed from my Lone Star food account each month until the FS overpayment of $ is paid.

Acuerdo de pagos a plazos: retiro de una cuenta de comida *Lone Star*

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ha determinado que su unidad familiar tiene una deuda pendiente por el pago en exceso de beneficios de estampillas para comida. Puede optar por pagar la deuda de estampillas para comida usando los beneficios de su cuenta de comida *Lone Star.* Para autorizar a la HHSC para que haga un retiro de su cuenta de comida *Lone Star* para pagar esta deuda, haga el favor de firmar y fechar este acuerdo escrito y devolverlo en el sobre adjunto a la dirección mencionada antes.

Estoy de acuerdo en que retiren $ en beneficios de estampillas para comida de mi cuenta de comida *Lone Star* cada mes, hasta que se reembolse el pago en exceso de estampillas para comida de $.

Signature/Firma

Date/Fecha

When the Department receives the signed agreement, the amount listed above will be deducted from your Lone Star food account each month and applied to your FS overpayment claim. You need to maintain the above amount in your account each month until the debit occurs.

When you agree to a monthly debit of your Lone Star food account, the agreement continues until the FS claim is paid-in-full or you revoke the agreement. The collection of a FS claim by debit of a Lone Star food account is a voluntary program. You may revoke this agreement at any time. For assistance, contact me at the above telephone number.

Cuando la HHSC reciba el acuerdo firmado, la cantidad mencionada será retirada de su cuenta de comida *Lone Star* cada mes y se usará para pagar la deuda pendiente de estampillas para comida. Debe mantener esta cantidad en la cuenta cada mes hasta que se haga el retiro.

Al autorizar que se haga un retiro de la cuenta de comida *Lone Star,* el acuerdo seguirá en pie hasta que se liquide la deuda de estampillas para comida o hasta que se revoque el acuerdo. El cobro de la deuda de estampillas para comida por medio de un retiro de la cuenta de comida *Lone Star* es voluntario. Puede revocar el acuerdo cuando quiera. Para obtener ayuda, llámeme al teléfono mencionado antes.