

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Servicios Sociales
Designación de un Representante Autorizado

A. Consentimiento del Solicitante:

Por favor complete esta sección si usted es el solicitante. Marque lo que corresponda.

- Doy permiso para que mi representante autorizado solicite beneficios en mi nombre. Esta persona conoce mis circunstancias para contestar cualquier pregunta relacionada con el *Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición*. Entiendo que mi hogar y mi representante autorizado somos igualmente responsables por cualquier información incorrecta o incompleta proporcionada por mi representante.
- Quiero que mi representante autorizado obtenga una tarjeta EBT y compre mi comida.

_____ (Nombre con letra de Molde) _____ (Firma) _____ (Fecha)

B. Información y Consentimiento del Representante Autorizado:

Por favor complete esta sección si usted es el Representante Autorizado. Marque lo que corresponda.

- Tengo una autorización legal de parte del solicitante y le representaré en su solicitud de Beneficios de Alimentos y Nutrición. Usaré la tarjeta EBT para comprar alimentos para su hogar. Entiendo que soy responsable en caso de que los beneficios de Comida y Nutrición sean canjeados por dinero en efectivo, armas de fuego, municiones, explosivos, sustancias controladas, o cualquier otra cosa no elegible con esta tarjeta de EBT.
- Se me ha pedido que solicite beneficios por la persona arriba mencionada.
- Se me ha pedido y estoy de acuerdo en obtener una tarjeta EBT para comprar alimentos para la persona arriba mencionada. Entiendo que soy responsable en caso de que los beneficios de Alimentos y Nutrición sean canjeados por dinero en efectivo, armas de fuego, municiones, explosivos, sustancias controladas, o cualquier otra cosa no elegible con esta tarjeta de EBT.
- Soy el Representante Autorizado de un Centro de Rehabilitación de Alcohol o Drogas (No se aplica para SNAP)

Entiendo que soy responsable juntamente con este hogar de cualquier información incorrecta o incompleta que proporcione. También entiendo que debo proporcionar la siguiente información para ser considerado como el Representante Autorizado.

Mi nombre completo es: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Raza: _____ Sexo: _____ Grupo Étnico: _____

Dirección: _____

_____ Tel. _____

Nombre del Centro de Rehabilitación de Alcohol o Drogas (No se aplica para SNAP): _____

Al firmar esta forma, certifié que la información proporcionada es verdadera y completa.

_____ (Firma del Representante Autorizado) _____ (Fecha)

For Office Use Only

Applicant Name: _____ FSIS ID #: _____ Worker #: _____

Authorized Representative: Approved Disapproved Disqualified from: _____ to: _____

Agency Disqualification Override Date: _____ Reason: _____

Override Authorized by: _____

Date EBT Updated: _____ Effective Certification Period: _____