



# Solicitud para elegir a alguien que sea mi representante autorizado

### Entregue este formulario al DTA

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- En persona en su oficina local del DTA.

Nombre del solicitante/cliente \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del NSS o ID de la agencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Elija solamente a un familiar, amigo de confianza o vecino. Una sola persona puede ser nombrada en cada formulario pero esta persona puede tener funciones múltiples. La persona que elija debe dar prueba de identidad. Usted puede cancelar o cambiar esta solicitud en cualquier momento. Llame al 1-800-997-2555.

### Beneficios de SNAP

Elijo a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante para beneficios de SNAP.  
Nombre

Esta persona puede firmar la solicitud y otros formularios, informar sobre cambios y hablar sobre mi caso con el DTA.

Si esta persona brinda información incorrecta para que mi hogar reciba demasiados beneficios, es posible que tenga que reembolsar lo que no debíamos haber recibido.

Elijo a \_\_\_\_\_ para que haga compras en mi nombre usando mis beneficios de SNAP.  
Nombre

Esta persona obtendrá una tarjeta de EBT que le permite hacer compras en mi nombre usando mis beneficios de SNAP. Yo también obtendré una tarjeta de EBT.

### Beneficios en efectivo

Elijo a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante autorizado.  
Nombre

Esta persona puede informar sobre cambios y hablar sobre mi caso con el DTA.

Si esta persona brinda información incorrecta para que mi hogar reciba demasiados beneficios, es posible que tenga que reembolsar lo que no debíamos haber recibido.

Elijo a \_\_\_\_\_ para que obtenga dinero de mi cuenta de beneficios en efectivo.  
Nombre

Esta persona obtendrá una tarjeta de EBT que le permite obtener dinero de mi cuenta de TAFDC o EAEDC para mí. Yo también obtendré una tarjeta de EBT.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/cliente

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que elijo

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección de la persona que elijo

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la persona que elijo

Las tarjetas de EBT aún funcionan si un caso vuelve a abrirse después de haberse cerrado. Si no desea que la persona que elija obtenga y use sus beneficios, asegúrese de informarlo al DTA para que cancele la tarjeta de esa persona.

**Nota:** Las agencias de asistencia que no estén actuando como representante autorizado deben proporcionar un formulario de Consentimiento voluntario para divulgar información (VARI-OI, por sus siglas en inglés) o un formulario similar.