



## Solicitud para elegir a alguien que sea mi representante en la agencia para mis beneficios de SNAP

### Entregue este formulario al DTA

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- Cargándolas a la aplicación DTA Connect

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

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ FEIN (Número de identificación federal del empleador) de la agencia \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina administrativa \_\_\_\_\_

Lea todas las opciones antes de hacer una selección:

Elijo a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante en la agencia con el fin de asistir con el proceso de la solicitud.

Nombre en imprenta

El representante en la agencia puede firmar la solicitud y otros formularios, informar sobre cambios y hablar sobre mi caso con el DTA.

Si el representante en la agencia brinda información incorrecta para que mi hogar reciba demasiados beneficios, es posible que tenga que rembolsar lo que no debiéramos haber recibido.

Elijo a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante en la agencia para la transacción de beneficios de SNAP.

Nombre en imprenta

Se entregará una tarjeta de la agencia de EBT que le permite al representante en la agencia hacer compras en mi nombre usando mis beneficios de SNAP.

Firma del solicitante/cliente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante de la agencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Se requiere prueba de identidad para una tarjeta de EBT de la agencia.

**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.