**Solicitud para elegir a alguien que sea   
mi representante autorizado**

**Presente este formulario al DTA**

* Por correo: DTA Document Processing Center,

P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780‐0420

* Por fax: (617) 887‐8765
* Cargándolo a la aplicación DTA Connect
* En persona en su oficina local del DTA

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente | 4 últimos dígitos del SSN o ID de la agencia |
| Dirección residencial del cliente  **Puntos importantes para recordar**   * Se puede nombrar a la misma persona para desempeñar varias funciones. * Usted puede revocar o cambiar esta solicitud en cualquier momento. * Las tarjetas de EBT también funcionarán si se reabre un caso después de haber sido cerrado. Si usted no quiere que la persona que eligió reciba y use sus beneficios, asegúrese de informarle al DTA para que cancele la tarjeta de esa persona.   + Solo para los clientes de SNAP, por favor llamen a la línea de Asistencia del DTA al (877) 382-2363.   + Para los clientes de TAFDC o de EAEDC, por favor llamen directamente a su asistente de casos en efectivo. | |

[](https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwixw-7747zbAhVxrlkKHdd-DKYQjRx6BAgBEAU&url=https://pixabay.com/en/warning-caution-sign-symbol-297287/&psig=AOvVaw37qTRKZ-3JVUpf34uOwY_l&ust=1528296937510837)

**Sección A: Designación de un Representante autorizado ante SNAP para la certificación y/o para transacciones de EBT**

* Elijo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que sea mi **Representante autorizado ante SNAP para la Certificación**. Su número de teléfono es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Esta persona puede firmar mi documentación de SNAP o cualquier otro formulario, informar sobre cambios y hablar de mi caso con el DTA. Si recibo demasiados beneficios porque él/ella le dio información errónea al DTA, es posible que yo deba devolver el dinero al DTA.
* Elijo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que sea mi **Representante autorizado ante SNAP para transacciones de EBT**. Si esta persona brinda pruebas de identidad al DTA, recibirá una tarjeta de EBT. Él/Ella puede comprar alimentos para mí usando mis beneficios de SNAP. Yo también obtendré mi propia tarjeta de EBT.

**Sección B: Designación de un Representante autorizado y/o de un Beneficiario autorizado ante TAFDC o EAEDC**

* Elijo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que sea mi **Representante autorizado ante TAFDC o EAEDC**. Esta persona puede informar sobre cambios y hablar de mi caso con el DTA. Si recibo demasiados beneficios porque él/ella le dio información errónea al DTA, es posible que yo deba devolver el dinero al DTA.
* Elijo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que sea mi **Beneficiario autorizado ante TAFDC o EAEDC**. Si esta persona brinda pruebas de identidad al DTA, recibirá una tarjeta de EBT. Él o ella puede obtener dinero de mi cuenta de TAFDC o de EAEDC para mí. Yo también obtendré mi propia tarjeta de EBT.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cliente o tutor legal (en imprenta) Firma del cliente o tutor legal Fecha

* **Nota para casos de SNAP:** Los tutores designados por un tribunal que firmen en nombre de un cliente deben adjuntar una copia del Acta de tutela a este formulario.
* Las agencias de asistencia que no actúen como representante autorizado deben proporcionar el formulario de Consentimiento voluntario para divulgar información (VARI-OI) u otro similar.

Image‐10 (S)(Rev. 12/2018) Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

16‐022‐1218‐05