

**대체 EBT**  
**카드 소지자에 대한 승인**  
Authorization for  
Alternate EBT Cardholder

수혜자의 이름

수혜자 ID

**대체 EBT 카드 소지자는 어떤 사람입니까?** 대체 카드 소지자는 귀하가 본인의 혜택에 접근할 수 있는 권한을 부여하기로 선택한 사람입니다. 그들은 따로 워싱턴 퀘스트(Washington Quest) 카드를 발급받습니다.

**대체 EBT 카드 소지자를 원하시면:** 이 양식을 기입하여 지역 사무실에 반납하십시오. 귀하와 귀하가 선택한 사람이 둘 모두 양식에 서명해야 합니다. **대체 카드 소지자가 유효한 신분증을 가지고 지역 사무실을 방문하여 카드를 발급받아야 합니다.**

**저에게 대체 EBT 카드 소지자가 필요할까요?** 누구든지 대체 카드 소지자를 선택하실 수 있습니다. 식량 및 현금 혜택을 사용하는 데 도움이 필요하실 경우, 대체 카드 소지자를 선택하실 수가 있습니다.

**대체 카드 소지자를 선택하기 전에 어떤 점을 고려해야 할까요?** 믿을 만한 사람을 선택하십시오. 이 사람이 이미 이용한 혜택은 돌려 받으실 수 없습니다.

**본인은 다음 사람을 (정자체로 기입) \_\_\_\_\_**  
저의 대체 카드 소지자로 선택합니다. 믿을 만한 사람을 선택하십시오. 이 사람이 이미 이용한 혜택은 돌려 받으실 수 없습니다.

**이 사람은 본인의 다음 사항을 이용할 수 있습니다 (하나를 선택하거나 두 가지 모두 선택하십시오):**  식품 혜택  현금 혜택

수혜자의 서명

날짜

**이 섹션을 완료하도록 선택된 사람 (정자체로 기입해주십시오).**  
**모든 정보는 기밀로 유지합니다.**

이름

전화 (지역번호 포함)

주소

시

주

우편번호

저는 위에 명명된 사람의 대체 카드 소지자가 되는 데 동의합니다. 저는 이 사람의 이익과 유익만을 위해 혜택을 이용해야 할 전적인 책임이 있음을 받아들입니다. 저는 혜택을 오용함으로써 발생한 손실을 보전해야 할 수도 있음을 이해합니다. 제가 혜택을 오용한 경우에 법원은 다른 판결을 내릴 수 있습니다.

선택된 사람의 서명

날짜