



# Autorización para el titular de tarjeta alternativo EBT

NOMBRE DEL CLIENTE
ID DEL CLIENTE

## ¿Qué es un titular de tarjeta alternativo EBT?

Un titular de tarjeta alternativo es una persona responsable que usted elige y en la que confía para utilizar sus beneficios para sus necesidades. Tendrá acceso a su dinero en efectivo o alimentos básicos y obtendrá su propia tarjeta EBT de Washington Quest.

## ¿Necesito un titular de tarjeta alternativo EBT?

No. Cualquiera puede elegir tener un titular de tarjeta alternativo. Si necesita ayuda para utilizar sus beneficios de alimentos o dinero en efectivo, puede autorizar a alguien para que sea un titular de tarjeta alternativo y utilice sus beneficios para sus necesidades.

## ¿Qué debo tener en cuenta antes de elegir un titular de tarjeta alternativo?

Elija una persona de confianza. El departamento no reemplazará sus beneficios si esta persona los usa indebidamente.

## Si desea un titular de tarjeta alternativo EBT:

Complete y devuelva este formulario a su oficina local. Tanto usted como la persona que elija deben firmar este formulario. Puede eliminar a un titular de tarjeta alternativo llamando al 1-877-501-2233 para solicitar un cambio en la persona que tiene acceso a su cuenta.

## El titular de tarjeta alternativo debe acudir a la oficina local con un ID válido para obtener su tarjeta.

No es necesario que acuda a la oficina con el titular de tarjeta alternativo que eligió.

## Quién es su titular de tarjeta alternativo (escriba claramente en letra de imprenta; la información es confidencial)

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿Esta dirección es la misma que la del cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
--	--------------------------------------

Tipo de beneficios que la persona mencionada puede utilizar (marque una o ambas):  
 Alimentos  Dinero en efectivo

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
-------------------	-------

**Acepto actuar como titular de tarjeta alternativo en nombre de la persona mencionada anteriormente. Acepto toda la responsabilidad de utilizar los beneficios de alimentos o dinero en efectivo de esta persona en su interés y en su beneficio. Acepto los términos del programa Electronic Benefit Transfer (Transferencia Electrónica de Beneficios) (EBT) de alimentos básicos/dinero en efectivo.**

**Entiendo que es posible que tenga que reemplazar los beneficios debido a mi uso indebido de estos. Un tribunal puede determinar otras sentencias en mi contra si uso indebidamente los beneficios.**

FIRMA DEL TITULAR DE TARJETA ALTERNATIVO EBT	FECHA
--	-------