

Département de la santé et des services sociaux en Caroline du Nord
Division des services sociaux
Désignation du représentant autorisé

A. Consentement du demandeur :

Veillez compléter cette section si vous êtes le demandeur. Cochez les cases qui vous concernent.

- J'autorise mon représentant autorisé à réclamer mes prestations en mon nom. Cette personne connaît ma situation et peut donc répondre à toutes questions en rapport au programme des Services d'alimentation et de nutrition. Je comprends que mon ménage et le représentant autorisé sont également responsables de toutes informations incorrectes ou incomplètes fournies par mon représentant autorisé.
- Je veux que mon représentant autorisé obtienne une carte de transfert électronique de prestations (EBT) et qu'il achète des denrées alimentaires pour moi.

_____ (Nom en caractères d'imprimerie)

_____ (Signature)

_____ (Date)

B. Informations concernant le représentant autorisé et consentement :

Veillez compléter cette section si vous êtes le représentant autorisé. Cochez les cases qui vous concernent.

- J'ai une procuration pour le compte du demandeur, je représenterai la personne désignée ci-dessus pour demander les prestations des Services d'alimentation et de nutrition et j'utiliserai la carte EBT pour acheter les denrées alimentaires pour le ménage. Je comprends que je suis seul responsable des prestations des Services d'alimentation et de nutrition échangées contre des espèces, des armes à feu, des munitions, des explosifs, des substances réglementées, ou une substance autre que la nourriture éligible avec cette carte EBT.
- J'accepte de postuler pour les prestations pour la personne désignée ci-dessus à la demande de cette personne.
- J'accepte d'aller chercher une carte EBT et d'acheter de la nourriture pour la personne désignée ci-dessus sur la demande de celle-ci. Je comprends que je suis seul responsable des prestations des Services d'alimentation et de nutrition échangées contre des espèces, des armes à feu, des munitions, des explosifs, des substances réglementées, ou une substance autre que la nourriture éligible avec cette carte EBT.
- Je suis le représentant autorisé d'un centre de traitement des addictions (alcool/drogue). (Ne s'applique pas au SNAP)

Je comprends que je suis responsable, ainsi que le ménage, de toute information incorrecte ou incomplète que je pourrais fournir. Je comprends également que je dois fournir les informations ci-dessous afin que ma demande de représentant autorisé puisse être prise en considération.

Je m'appelle : _____ Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Race : _____ Sexe : _____ Ethnie : _____

Adresse : _____

_____ N° de téléphone : _____

Nom du centre de traitement des addictions (alcool/drogue) (Ne s'applique pas au SNAP) : _____

En signant ce formulaire, je certifie que les informations fournies sont authentiques et complètes.

_____ (Signature du représentant autorisé)

_____ (Date)

Réservé à l'usage du bureau

Nom du demandeur : _____ Numéro d'identification du service d'inspection et de sécurité alimentaire (FSIS) : _____ Numéro de l'agent : _____

Représentant autorisé : Approuvé Refusé Ne remplit pas les conditions requises du : _____ au : _____

Département de la santé et des services sociaux en Caroline du Nord

Division des services sociaux

Désignation du représentant autorisé

Date d'annulation concernant la disqualification par l'agence : _____ Motif : _____

Annulation autorisée par : _____

Date de mise à jour de la carte EBT : _____ Période de certification en vigueur : _____