

MISSISSIPPI
MDHS-EA-918
Revised 06-01-23

County: _____
Case Name: _____
Case Number: _____

Autorización de representante

Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

I. Usted puede nombrar a alguien fuera de su hogar para que actúe en nombre de los miembros de su hogar para hacer una solicitud y ser entrevistado. Esta persona debe conocer la situación de su hogar lo suficientemente bien como para brindar cualquier información necesaria para determinar su elegibilidad para la SNAP.

Por la presente, designo a las siguientes personas, que conocen a mi familia lo suficientemente bien como para responder cualquier pregunta necesaria para los beneficios de SNAP, para servir como mis representantes autorizados y presentar una solicitud para mi hogar. Entiendo que soy responsable de cualquier información incorrecta proporcionada por mi representante autorizado, incluso si la información incorrecta resulta en un reclamo.

1. Nombre _____
Fecha De Nacimiento _____ Núm. de Tel. _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

2. Nombre _____
Fecha De Nacimiento _____ Núm. de Tel. _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

II. Por la presente, designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes de beneficios y tengan acceso a los beneficios de SNAP en mi cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Entiendo que a estas personas se les emitirá una tarjeta EBT que les permite el uso total de mi cuenta sin mi consentimiento inmediato. Entiendo que los beneficios mal utilizados por estas personas no pueden ser reemplazados.

1. Nombre _____
Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Núm. de Tel. _____
2. Nombre _____
Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Núm. de Tel. _____

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)

Estoy de acuerdo y entiendo que la siguiente persona servirá como mi beneficiario protector y que los beneficios de TANF disponibles para dicha persona se utilizarán para mi familia. Entiendo que el beneficiario protector debe completar el formulario MDHS-EA- 314, Acuerdo entre el Departamento de Servicios Humanos de Mississippi y el Beneficiario Protector.

Nombre _____
SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Firmado por: _____ Fecha _____
Firma del testigo si se firma con una marca: _____