

Ủy Quyền Đại Diện cho

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

- I. Quý vị có thể chỉ định một người nào đó bên ngoài hộ gia đình để đại diện hộ gia đình quý vị làm đơn và phỏng vấn. Người này phải là người lớn biết rõ hoàn cảnh của hộ gia đình quý vị để cung cấp bất kỳ thông tin cần thiết nào nhằm xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận SNAP hay không.

Theo đây, tôi chỉ định (những) cá nhân sau đây, những người biết rõ về gia đình tôi để trả lời bất kỳ câu hỏi nào cần thiết về các phúc lợi SNAP, làm đại diện được ủy quyền của tôi và nộp đơn đăng ký cho hộ gia đình tôi. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ thông tin không chính xác nào do người đại diện được ủy quyền của tôi cung cấp ngay cả khi thông tin không chính xác dẫn đến khiếu nại.

1. Tên (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ) _____
Ngày Sinh _____ Số Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____
2. Tên (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ) _____
Ngày Sinh _____ Số Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____

- II. Theo đây, tôi chỉ định (những) cá nhân sau đây làm (những) đại diện nhận phúc lợi của tôi và có quyền truy cập vào các phúc lợi SNAP trong tài khoản Chuyển Phúc Lợi Điện Tử (EBT) của tôi. Tôi hiểu rằng (những) cá nhân này sẽ được cấp thẻ EBT cho phép họ sử dụng toàn bộ tài khoản mà không cần sự đồng ý ngay lập tức của tôi. Tôi hiểu rằng không thể thay thế những phúc lợi mà (những) cá nhân này sử dụng sai mục đích.

1. Tên (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ) _____
SSN _____ Ngày Sinh _____ Số Điện Thoại _____
2. Tên (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ) _____
SSN _____ Ngày Sinh _____ Số Điện Thoại _____

Hỗ Trợ Tạm Thời Dành Cho Gia Đình Khó Khăn (TANF)

Tôi đồng ý/hiểu rằng cá nhân sau đây sẽ đóng vai trò là người nhận phúc lợi bảo vệ cho tôi và các phúc lợi TANF có sẵn với họ sẽ được sử dụng cho gia đình tôi. Tôi hiểu rằng người nhận phúc lợi bảo vệ phải hoàn thành MDHS-EA-314, Thỏa Thuận giữa Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi và Người Nhận Phúc Lợi Bảo vệ.

Tên (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ) _____
SSN _____ Ngày Sinh _____ Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Mã Bưu Chính _____
Ký bởi: _____ Ngày _____

Chữ ký của Nhân Chứng, nếu ký bằng dấu làm chứng: _____