

Condado de \_\_\_\_\_  
MDHS-EA-918  
Revisado 07-01-19

MISSISSIPPI:  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Número de caso: \_\_\_\_\_

### 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.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ 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.

Nombre \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_