

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولينا الشمالية
قسم الخدمات الاجتماعية
تعيين ممثل مفوض

أ. موافقة مقدم الطلب:

يرجى استيفاء هذا القسم إذا كنت مقدم الطلب. ضع علامة على جميع المربعات المنطبقة.

- أسمح لممثلي المفوض للتقدم بطلب للحصول على إعانة نيابة عني. هذا الشخص على دراية كافية بظروفي بما يخوله للإجابة عن أي أسئلة بما يفي بأغراض برنامج خدمات الطعام والتغذية. أدرك أن أسرتي والممثل المفوض مسؤولان على حدٍ سواء عن أي معلومات غير صحيحة أو غير كاملة مقدمة من قبل ممثلي المفوض.
- أريد أن يحصل ممثلي المفوض على بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية وأن يقوم بشراء الطعام لي.

(التاريخ)

(التوقيع)

(الاسم مطبوعاً)

ب. معلومات وموافقة الممثل المفوض:

يرجى استيفاء هذا القسم إذا كنت الشخص المفوض. ضع علامة على جميع المربعات المنطبقة.

- أنا لديّ توكيل رسمي من مقدم الطلب وسوف أمثل الشخص المذكور أعلاه في تقديم الطلب للحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية واستخدام بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية لشراء الطعام للأسرة. أدرك أنني أتحمّل وحدي المسؤولية حال الاتجار في إعانات برنامج الطعام والتغذية مقابل النقد، أو الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات، أو المواد المحظورة، أو أي شيء آخر بخلاف الطعام المؤهل الذي يتم صرفه ببطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية هذه.
- لقد طلب الشخص المذكور أعلاه أن أقدم بطلب للحصول على إعانات لأجله وأوافق على ذلك.
- لقد طلب الشخص المذكور أعلاه الحصول على بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية وشراء الطعام له وأوافق على ذلك. أدرك أنني أتحمّل وحدي المسؤولية حال الاتجار في إعانات برنامج الطعام والتغذية مقابل النقد، أو الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات، أو المواد المحظورة، أو أي شيء آخر بخلاف الطعام المؤهل الذي يتم صرفه ببطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية هذه.
- أنا ممثل مفوض لمركز علاج إدمان المخدرات/الكحول. (لا يسري ذلك على برنامج المعونة الغذائية التكميلية)

أدرك أنني مسؤول مع الأسرة عن أي معلومات مقدمة غير صحيحة أو غير كاملة. أدرك أيضاً أنني يجب أن أقدم المعلومات المذكورة أدناه لكي تُؤخذ في الاعتبار بالنسبة للممثل المفوض.

اسمي بالكامل _____ تاريخ الميلاد: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

العرق: _____

النوع: _____

الإثنية: _____

العنوان: _____

رقم هاتف: _____

اسم مركز علاج إدمان المخدرات/الكحول (غير سارٍ بالنسبة إلى برنامج المعونة الغذائية التكميلية): _____

بموجب توقيع هذا النموذج، أقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة وكاملة.

(التاريخ)

(توقيع الممثل المفوض)

للاستخدام في المكتب فقط

اسم مقدم الطلب: _____ رقم معرف نظام معلومات طوابع الطعام: _____ رقم الموظف: _____

الممثل المفوض: معتمد غير معتمد غير مؤهل من أجل: _____ إلى: _____

تاريخ إلغاء عدم أهلية الوكالة: _____ السبب: _____

تم اعتماد الإلغاء بواسطة: _____

تاريخ تحديث بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية: _____ فترة سريان التفويض: _____