

노스캐롤라이나 주 보건후생부
사회복지과
공식 대리인 지정

A. 신청인 동의:

신청자인 경우 다음 항목을 작성하십시오. 해당하는 모든 상자에 체크 표시하십시오.

- 본인은 본인의 공식 대리인이 본인을 대신해 수당을 신청할 수 있도록 허락합니다. 이 사람은 식품 및 영양 서비스 프로그램 목적을 위한 어떠한 질문에든 대답할 수 있을 만큼 본인의 상황에 대해 충분히 잘 알고 있습니다. 본인은 본인의 공식 대리인이 제공한 부정확한 또는 불완전한 정보에 대해 본인의 가정과 공식 대리인에게 동등한 책임이 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 본인의 공식 대리인이 본인을 대신하여 EBT 카드를 수령하고 식품을 구매하기를 원합니다.

_____ (이름 - 정자체로)

_____ (서명)

_____ (날짜)

B. 공식 대리인 정보 및 동의:

공식 대리인인 경우 다음 항목을 작성하십시오. 해당하는 모든 상자에 체크 표시하십시오.

- 본인은 신청인의 위임장을 가지고 있으며, 식품 및 영양 서비스 혜택을 신청함에 있어 상기 이름의 신청인을 대표하며, 그 가정을 대신해 EBT 카드를 사용하여 식품을 구매할 것입니다. 본인은 식품 및 영양 서비스 수당을 현금, 충전, 화약, 폭발물, 규제 약물 또는 본 EBT 카드로 구입할 수 있는 식품 이외의 물품으로 거래하는 경우 모든 책임이 본인에게 있다는 사실을 알고 있습니다.
- 본인은 상기 명시된 사람으로부터 수당을 신청해달라는 요청을 받았으며 이에 동의합니다.
- 본인은 상기 명시된 사람으로부터 EBT 카드를 수령하여 식품을 구입해달라는 요청을 받았으며 이에 동의합니다. 본인은 식품 및 영양 서비스 수당을 현금, 충전, 화약, 폭발물, 규제 약물 또는 본 EBT 카드로 구입할 수 있는 식품 이외의 물품으로 거래하는 경우 모든 책임이 본인에게 있다는 사실을 알고 있습니다.
- 본인은 알코올/약물 치료 센터의 공식 대리인입니다. (SNAP에게 해당 없음)

본인은 본인이 제공한 부정확하거나 불완전한 정보에 대해 해당 가정과 함께 책임이 있음을 알고 있습니다. 또한 본인은 공식 대리인으로 심사받기 위해 아래 정보를 제공해야 함을 알고 있습니다.

성명: _____ 생년월일: _____

사회보장번호: _____ 인종: _____ 성별: _____ 민족: _____

주소: _____

_____ 전화번호: _____

알코올/약물 치료 센터 이름(SNAP에게 해당 없음): _____

이 양식에 서명함으로써, 본인은 제공된 정보가 사실이며 완벽함을 선언합니다.

_____ (공식 대리인 서명)

_____ (날짜)

당 기관용

신청인 이름: _____ FSIS ID 번호: _____ 담당자 번호: _____

공식 대리인: 승인 미승인 부적격 기간 시작일: _____ 종료일: _____

기관 부적격 기각일: _____ 사유: _____

기각 승인 담당자: _____

EBT 갱신일: _____ 유효 인증 기간: _____