

Sở Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Bắc Carolina
Đơn Vị Dịch Vụ Xã Hội
Chỉ Định Đại Diện Được Ủy Quyền

A. Nhất Trí Của Người Nộp Đơn:

Vui lòng điền phần này nếu quý vị là người nộp đơn. Đánh dấu tất cả các ô phù hợp.

- Tôi cho phép Đại Diện Được Ủy Quyền nộp đơn xin các phúc lợi thay mặt cho tôi. Người này biết đủ rõ hoàn cảnh của tôi để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về mục đích của chương trình Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm. Tôi hiểu gia đình tôi và đại diện được ủy quyền đều có trách nhiệm như nhau đối với các thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ được cung cấp bởi đại diện được ủy quyền của tôi.
- Tôi cho phép Đại Diện Được Ủy Quyền nhận thẻ EBT và mua thực phẩm cho tôi.

_____ (Tên Viết In)

_____ (Chữ Ký)

_____ (Ngày)

B. Sự Nhất Trí Và Thông Tin Của Đại Diện Được Ủy Quyền:

Vui lòng điền phần này nếu quý vị là Đại Diện Được Ủy Quyền. Đánh dấu tất cả các ô phù hợp.

- Tôi có Giấy Ủy Quyền cho người nộp đơn và sẽ đại diện cho người có tên nêu trên để nộp đơn xin các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm và sử dụng thẻ EBT để mua thực phẩm cho hộ gia đình. Tôi hiểu rằng tôi là người chịu trách nhiệm duy nhất về việc các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm được đổi lấy tiền mặt, vũ khí, đạn dược, vật liệu nổ, các chất được kiểm soát, hoặc bất kỳ thứ gì khác không phải thực phẩm đủ điều kiện với thẻ EBT này.
- Tôi đã được yêu cầu và nhất trí nộp đơn xin các phúc lợi cho người có tên ở trên.
- Tôi đã được yêu cầu và nhất trí nhận thẻ EBT, và mua thực phẩm cho người có tên ở trên. Tôi hiểu rằng tôi là người chịu trách nhiệm duy nhất về việc các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm được đổi lấy tiền mặt, vũ khí, đạn dược, vật liệu nổ, các chất được kiểm soát, hoặc bất kỳ thứ gì khác không phải thực phẩm đủ điều kiện với thẻ EBT này.
- Tôi là Đại Diện Được Ủy Quyền của một Trung Tâm Điều Trị Rượu/Ma Túy. (Không áp dụng cho SNAP)

Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cùng với hộ gia đình về bất kỳ thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ nào mà tôi cung cấp. Tôi cũng hiểu rằng tôi cần cung cấp các thông tin dưới đây để được xem xét là Đại Diện Được Ủy Quyền.

Họ tên đầy đủ của tôi là: _____ Ngày Sinh: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Chứng tộc: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____

Địa chỉ: _____

_____ Số Điện thoại: _____

Tên của Trung Tâm Điều Trị Rượu/Ma Túy (không áp dụng cho SNAP): _____

Khi ký vào mẫu này, tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp là đúng sự thật và đầy đủ.

_____ (Chữ Ký của Đại Diện Được Ủy Quyền)

_____ (Ngày)

Chỉ Dùng Cho Văn Phòng

Tên Người Nộp Đơn: _____ FSIS ID #: _____ # Nhân Viên: _____

Đại Diện Được Ủy Quyền: Được phê duyệt Bị từ chối Không đủ điều kiện từ: _____ tới: _____

Ngày Vượt Quyền Của Cơ Quan Truất Quyền: _____ Lý do: _____

Cho Phép Vượt Quyền bởi: _____

Ngày EBT Được Cập Nhật: _____ Thời Gian Chứng Nhận Có Hiệu Lực: _____