

**North Carolina Ministerium für Gesundheit und Soziale Dienste
Sozialamt
Ernennung eines befugten Vertreters**

A. Einwilligung des Antragstellers:

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie der Antragsteller sind. Markieren Sie alle zutreffenden Kästchen.

- Ich erteile meinem befugten Vertreter die Genehmigung, in meinem Namen Leistungen zu beantragen. Diese Person kennt meine Umstände gut genug, um Fragen für Zwecke des Lebensmittelleistungsprogramms zu beantworten. Ich verstehe, dass mein Haushalt und der befugte Vertreter in gleichem Maße für falsche oder unvollständige von meinem befugten Vertreter gemachte Angaben verantwortlich sind.
- Ich möchte, dass mein befugter Vertreter eine EBT-Karte erhält und Lebensmittel für mich kauft.

(Name in Druckbuchstaben)

(Unterschrift)

(Datum)

B. Informationen und Einwilligung des befugten Vertreters:

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie der befugte Vertreter sind. Markieren Sie alle zutreffenden Kästchen.

- Ich habe eine Vollmacht von dem Antragsteller und vertrete oben genannte Person bei der Beantragung von Lebensmittelleistungen und nutze eine EBT-Karte, um Lebensmittel für den Haushalt zu kaufen. Ich verstehe, dass ich die alleinige Verantwortung für Lebensmittelleistungen trage, die gegen Bargeld, Schusswaffen, Munition, Sprengstoffe, kontrollierte Substanzen oder andere Dinge, bei denen es sich nicht um qualifizierte Lebensmittel mit dieser Karte handelt, trage.
- Ich wurde von der oben genannten Person gebeten, Lebensmittelleistungen zu beantragen und stimme dem zu.
- Ich wurde von den oben genannten Person gebeten, eine EBT-Karte zu erhalten und Lebensmittel zu kaufen und stimme dem zu. Ich verstehe, dass ich die alleinige Verantwortung für Lebensmittelleistungen trage, die gegen Bargeld, Schusswaffen, Munition, Sprengstoffe, kontrollierte Substanzen oder andere Dinge, bei denen es sich nicht um qualifizierte Lebensmittel mit dieser Karte handelt, trage.
- Ich bin der befugte Vertreter eines Alkohol-/Drogen-Therapiezentrum. (Für SNAP nicht zutreffend)

Ich verstehe, dass ich, zusammen mit dem Haushalt, für falsche oder unvollständige Angaben verantwortlich bin. Ich verstehe ferner, dass ich untenstehende Informationen bereitstellen muss, um als befugter Vertreter genehmigt werden zu können.

Mein vollständiger Name lautet: _____ Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____ Abstammung: _____ Geschlecht: _____ Ethnische Zugehörigkeit: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name des Alkohol-/Drogen-Therapiezentrum (für SNAP nicht zutreffend): _____

Durch Unterzeichnung dieses Formulars bestätige ich, dass die bereitgestellten Informationen wahr und vollständig sind.

(Unterschrift des befugten Vertreters)

(Datum)

Nur für amtliche Vermerke

Name des Antragstellers: _____ FSIS-Nummer: _____ Sachbearbeiternummer : _____

Befugter Vertreter: Genehmigt Nicht genehmigt Disqualifiziert von: _____ bis: _____

Datum der Aufhebung der Disqualifikation durch die Behörde: _____ Grund: _____

Aufhebung genehmigt von: _____

Datum der EBT-Aktualisierung: _____ Wirksamer Bestätigungszeitraum: _____