

**DESIGNACIÓN DE TITULAR SUSTITUTO PARA LA TARJETA DE EBT**Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_Nombre del Entrevistador de Elegibilidad (*EI*) \_\_\_\_\_Dirección en el caso (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Núm. de caso \_\_\_\_\_

Al marcar la(s) siguiente(s) casilla(s), certifico que:

Deseo designar a la siguiente persona como titular sustituto para mi tarjeta de EBT con acceso a mis beneficios de Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo para comprar alimentos y/o usar mi dinero en efectivo en caso de que yo no pueda hacerlo.

Deseo quitar a \_\_\_\_\_ de mi caso como titular sustituto para mi tarjeta de EBT.

En letra de molde, el titular sustituto (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular sustituto para la tarjeta \_\_\_\_\_

Firma del informante principal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR DEL CASO**

Add EBT Alternate Card Holder

Remove EBT Alternate Card Holder

El's Name (*Print*) \_\_\_\_\_

El's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

OST's Name (*Print*) \_\_\_\_\_

OST's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, llene el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/program-discrimination-complaint-filing>, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Director, Center for Civil Rights Enforcement  
1400 Independence Avenue, SW Washington,  
D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.