

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY
Administración de Asistencia para
Familias
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:**

**Vea la páginas 3-6 para leer la
declaración de USDA/EOE/ADA**

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****EI's Name (*Print*)**

EI'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](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
Office of the Assistant
Secretary for Civil Rights
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.