

**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:**

**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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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.**

**Esta institución es
un proveedor que**

ofrece igualdad de oportunidades.

Las agencia de DES/ TANF son Programas y Empleadores con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la

Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. 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.

● Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English online or at the local office.