

Designación de Titular Sustituto para la Tarjeta de EBT

Nombre del caso (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____ Núm. de caso: _____

Nombre del Entrevistador de Elegibilidad (EI): _____

Dirección en el caso (*Núm., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la persona que designe como titular alternativo de mi tarjeta EBT que todos los artículos comprados con los beneficios de NA deben devolverse a mi hogar. No devolver los artículos constituye una violación de las reglas.

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 Cardholder Remove EBT Alternate Cardholder

El's Name (*Print*): _____

El's Signature: _____ Date: _____

OST's Name (*Print*): _____

OST's Signature: _____ Date: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. **correo:**
 Food and Nutrition Service, USDA
 1320 Braddock Place, Room 334
 Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:**
 (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o bien por
3. **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda 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. • Available in English on-line or at the local office.