

Arizona Department of
Economic Security
Administración de
Asistencia para Familias
**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):

Vea las páginas 5-10 para leer la
declaración de USDA/EOE/ADA

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:

FNSCIVILRIGHTS

COMPLAINTS@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.