



Solicitud para elegir a alguien que sea mi representante autorizado

Presente este formulario al DTA

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- Cargándolo a la aplicación DTA Connect
- En persona en su oficina local del DTA

Nombre del cliente

4 últimos dígitos del SSN o ID de la agencia

Dirección residencial del cliente

Puntos importantes para recordar



- Se puede nombrar a la misma persona para desempeñar varias funciones.
- Usted puede revocar o cambiar esta solicitud en cualquier momento.
- Las tarjetas de EBT también funcionarán si se reabre un caso después de haber sido cerrado. Si usted no quiere que la persona que eligió reciba y use sus beneficios, asegúrese de informarle al DTA para que cancele la tarjeta de esa persona.
 - Solo para los clientes de SNAP, por favor llamen a la línea de Asistencia del DTA al (877) 382-2363.
 - Para los clientes de TAFDC o de EAEDC, por favor llamen directamente a su asistente de casos en efectivo.

Sección A: Designación de un Representante autorizado ante SNAP para la certificación y/o para transacciones de EBT

- Elijo a _____ para que sea mi **Representante autorizado ante SNAP para la Certificación**. Su número de teléfono es _____. Esta persona puede firmar mi documentación de SNAP o cualquier otro formulario, informar sobre cambios y hablar de mi caso con el DTA. Si recibo demasiados beneficios porque él/ella le dio información errónea al DTA, es posible que yo deba devolver el dinero al DTA.
- Elijo a _____ para que sea mi **Representante autorizado ante SNAP para transacciones de EBT**. Si esta persona brinda pruebas de identidad al DTA, recibirá una tarjeta de EBT. Él/Ella puede comprar alimentos para mí usando mis beneficios de SNAP. Yo también obtendré mi propia tarjeta de EBT.

Sección B: Designación de un Representante autorizado y/o de un Beneficiario autorizado ante TAFDC o EAEDC

- Elijo a _____ para que sea mi **Representante autorizado ante TAFDC o EAEDC**. Esta persona puede informar sobre cambios y hablar de mi caso con el DTA. Si recibo demasiados beneficios porque él/ella le dio información errónea al DTA, es posible que yo deba devolver el dinero al DTA.
- Elijo a _____ para que sea mi **Beneficiario autorizado ante TAFDC o EAEDC**. Si esta persona brinda pruebas de identidad al DTA, recibirá una tarjeta de EBT. Él o ella puede obtener dinero de mi cuenta de TAFDC o de EAEDC para mí. Yo también obtendré mi propia tarjeta de EBT.

Nombre del cliente o tutor legal (en imprenta)

Firma del cliente o tutor legal

Fecha

- **Nota para casos de SNAP:** Los tutores designados por un tribunal que firmen en nombre de un cliente deben adjuntar una copia del Acta de tutela a este formulario.
- Las agencias de asistencia que no actúen como representante autorizado deben proporcionar el formulario de Consentimiento voluntario para divulgar información (VARI-OI) u otro similar.