

キャッシュエイド／フードスタンプ手当て自動振込み (ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER - EBT) 指定代替カード使用者／指定代理人の要請

ケース名:	担当者名:
ケース番号:	日付:

手順

指定代替カード使用者／指定代理人 (Alternate Card Holder/Authorized Representative) とは、あなたが信頼する人物で責任を負う者を指します。指定代替カード使用者／指定代理人 (Designated Alternate Card Holder/Authorized Representative) は、その人物の名前で EBT (自動振込み) カードが発行され、キャッシュエイドまたはフードスタンプ EBT すべてにアクセスすることができます。

- 指定代替カード使用者／指定代理人 (Designated Alternate Card Holder/Authorized Representative) に指定する人物の氏名と生年月日を提示します。
- この書式を記入して署名します。
- この書式を居住地の郡オフィスに郵送または持っていきます。

Designated Alternate Card Holder (指定代替カード使用者) Authorized Representative (指定代理人)
 新規 変更 削除

指定代替カード使用者／指定代理人として請求する人物の名前	生年月日
------------------------------	------

証明:

私は、指定代替カード使用者／指定代理人 (Designated Alternate Card Holder/Authorized Representative) に私が指名する人物が私のキャッシュエイド、フードスタンプ EBT にすべてアクセスできることを了解しています。手当てが紛失あるいは盗難にあっても、郡の責任ではありません。郡の担当者 (County Worker) に電話連絡することにより、私のキャッシュエイドやフードスタンプにアクセスできる人物を変更できます。

署名	電話	日付
----	----	----

指定代替カード使用者／指定代理人 (Designated Alternate Card Holder/Authorized Representative) の署名

私は、指定代替カード使用者／指定代理人 (Designated Alternate Card Holder/Authorized Representative) となることに同意します。私は、このカードの使用に際し、キャッシュエイド／フードスタンプ自動振込みプログラム (Cash Aid/Food Stamp Electronic Benefit Transfer - EBT Program) の要件に同意します。

指定代替カード使用者／指定代理人の署名	日付
---------------------	----

カードの紛失あるいは盗難の際には、直ちにフリーダイヤルで 1-877-328-9677 まで電話連絡してください。

確認事項

別の家族構成員、指定代替カード使用者、指定代理人、いずれかのあなたの EBT アカウントへのアクセスを中止するために、フリーダイヤルのカスタマーサービス番号 (1-877-328-9677) に電話連絡することは、**あなたの責任**です。