

# TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE BENEFICIOS (EBT) PARA ASISTENCIA MONETARIA/ESTAMPILLAS PARA COMIDA - PETICION PARA SERVICIOS DE EBT

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE	NUMERO DEL CASO
--------------------	-----------------

Petición para servicios presentada en el área de recepción de la oficina del condado

- Petición para establecer a un sustituto designado titular de la tarjeta (de EBT)
- Petición para designar a un representante autorizado
- Petición para reactivar los beneficios
- Petición para reemplazar  la tarjeta  el número de identificación personal (PIN)

Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted está aquí para reportar que se ha perdido o le robaron su tarjeta de EBT, llame INMEDIATAMENTE al número de teléfono gratuito 1-877-328-9677.

Otro (*Explique*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He recibido una copia de esta petición para servicios de EBT.		
FIRMA DEL CLIENTE/SUBSTITUTO DESIGNADO TITULAR DE LA TARJETA/REPRESENTANTE AUTORIZADO	NO. DE TELEFONO	FECHA

Solamente para uso del condado

			<b>Date</b>
Issued Card	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Issued PIN	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Reactivate Account	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Worker Initials	_____		