

Авторизация альтернативного держателя карты EBT

ИМЯ КЛИЕНТА

клиента ID

Кем является альтернативный держатель карты EBT?

Альтернативный держатель карты — это ответственное лицо, которому вы доверяете использовать ваши выплаты на ваши нужды. Такое лицо получает доступ к вашим денежным средствам и/или основным продуктам питания и получает собственную карту Washington Quest EBT.

Нужен ли мне альтернативный держатель карты EBT?

Не обязательно. Альтернативного держателя карты вы выбираете по собственному желанию. Если вам требуется помощь в использовании получаемых продуктов питания или денежных выплат, вы можете назначить альтернативного держателя карты, который сможет использовать ваши выплаты на ваши нужды.

Что мне следует знать перед тем как выбрать альтернативного держателя карты?

Решите, кому вы можете довериться. Министерство не отменит ваши выплаты, если такое лицо будет их неправильно использовать.

Чтобы назначить альтернативного держателя карты EBT:

Заполните и верните эту форму в местное отделение. Эту форму должны подписать как вы, так и выбранное вами лицо. Отменить назначение альтернативного держателя карты можно, позвонив на номер 1-877-501-2233 и запросив изменение лица, имеющего доступ к вашему счету.

Чтобы получить карту, альтернативный держатель карты должен прийти в отделение с действующим удостоверением ID.

В отделение не обязательно приходить с вашим назначенным альтернативным держателем карты.

Кто является альтернативным держателем карты (Заполняйте разборчиво, информация не разглашается)

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ
		Почтовый индекс
Адрес, такой же как и у клиента? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер телефона (укажите код города)
Тип выплат, которые может использовать указанное выше лицо (выберите один или оба): <input type="checkbox"/> Продукты <input type="checkbox"/> Денежные средства		
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА		ДАТА

Я соглашаюсь действовать в качества альтернативного держателя карты от имени указанного выше лица. Я принимаю полную ответственность за использование денежных выплат и/или продуктов питания для его нужд и в его интересах. Я соглашаюсь с условиями программы получения денежных

выплат/продуктов питания по программе Electronic Benefit Transfer (Электронная выплата пособия по социальному страхованию) – EBT.

Я понимаю, что я должен компенсировать выплаты, если они будут неправильно использованы с моей стороны. Против меня судом могут быть применены и другие санкции в случае неправильного использования выплат с моей стороны.

ПОДПИСЬ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ДЕРЖАТЕЛЯ КАРТЫ EBT

ДАТА