

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte  
División de Servicios Sociales

**Designación de Representante autorizado**

DE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

A: Director, Departamento de Servicios Sociales del Condado \_\_\_\_\_  
[Atención: Programa de Estampillas para Alimentos (Food Stamp Program)]

**Por favor marque todas casillas que correspondan:**

- Deseo solicitar el Programa de Estampillas para Alimentos y he nombrado a la persona, cuyo nombre y dirección aparecen abajo, para hacer la solicitud, ser entrevistado si es necesario y firmar la Solicitud del Programa de Estampillas para Alimentos en representación de los miembros de mi hogar. Esta persona conoce mis circunstancias lo suficientemente bien para responder cualquier pregunta para los propósitos del Programa de Estampillas para Alimentos. Entiendo totalmente que mi unidad de estampillas para alimentos es responsable, por ley, por cualquier declaración, escrita u oral, hecha por la persona cuyo nombre aparece abajo que tiene un efecto en la elegibilidad de mi unidad de estampillas para alimentos para el Programa de Estampillas para Alimentos.
- Mi representante ha sido designado en el formulario de la solicitud para obtener mis beneficios y comprar alimentos para mi familia.

\_\_\_\_\_  
(Firma, Jefe de unidad de Estampillas para Alimentos o cónyuge) \_\_\_\_\_ (Fecha)

- Tengo poder por y representaré a la persona cuyo nombre aparece abajo para solicitar el Programa de Estampillas para Alimentos, obtener los beneficios y comprar alimentos para los miembros del hogar.
- Me han pedido y estoy de acuerdo en representar a la persona cuyo nombre aparece arriba para solicitar el Programa de Estampillas para Alimentos.
- Me han pedido y estoy de acuerdo en obtener beneficios y comprar alimentos para la persona cuyo nombre aparece arriba.

Nombre de representante autorizado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Centro de Tratamiento de Alcohol/Drogas: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma, Representante autorizado) \_\_\_\_\_ (Fecha)

**Sólo para uso de la oficina:**

A/R: Aprobado  N.º ID "FSIS" \_\_\_\_\_  
Descalificado   
Período de descalificación De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Fecha y razón de sobrepasar (override) la descalificación de Agencia: \_\_\_\_\_

Sobrepasar (Override) autorizado por: \_\_\_\_\_

DSS-1688 (Rev. 10/03)

Programas de Asistencia de alimentos y energía (Food Assistance & Energy Programs)