Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

대체 EBT 카드 소지자에 대한 승인
Authorization for Alternate EBT Cardholder

수혜자의 이름
수혜자 ID

대체 EBT 카드 소지자는 어떤 사람입니까? 대체 카드 소지자는 귀하가 본인의 혜택에 접근할 수 있는 권한을 부여하기로 선택한 사람입니다. 그들은 따로 워싱턴 퀘스트(Washington Quest) 카드를 발급받습니다.

대체 EBT 카드 소지자를 원하시면: 이 양식을 기입하여 지역 사무실에 반납하십시오. 귀하와 귀하가 선택한 사람이 둘 모두 양식에 서명해야 합니다. **대체 카드 소지자가 유효한 신분증을 가지고 지역 사무실을 방문하여 카드를 발급받아야 합니다.**

저에게 대체 EBT 카드 소지자가 필요할까요? 누구든지 대체 카드 소지자를 선택하실 수 있습니다.
식량 및 현금 혜택을 사용하는 데 도움이 필요하실 경우, 대체 카드 소지자를 선택하실 수가 있습니다.

대체 카드 소지자를 선택하기 전에 어떤 점을 고려해야 할까요? 믿을 만한 사람을 선택하십시오. 이 사람이 이미 이용한 혜택은 돌려 받으실 수 없습니다.

본인은 다음 사람을 (정자체로 기입) _____
저의 대체 카드 소지자로 선택합니다. 믿을 만한 사람을 선택하십시오. 이 사람이 이미 이용한 혜택은 돌려 받으실 수 없습니다.

이 사람은 본인의 다음 사항을 이용할 수 있습니다 (하나를 선택하거나 두 가지 모두 선택하십시오): ☐ **식품 혜택** ☐ **현금 혜택**

수혜자의 서명	날짜

이 섹션을 완료하도록 선택된 사람 (정자체로 기입해주십시오).
모든 정보는 기밀로 유지합니다.

이름	전화 (지역번호 포함)

주소	시	주	우편번호

저는 위에 명명된 사람의 대체 카드 소지자가 되는 데 동의합니다. 저는 이 사람의 이익과 유익만을 위해 혜택을 이용해야 할 전적인 책임이 있음을 받아들입니다. 저는 혜택을 오용함으로써 발생한 손실을 보전해야 할 수도 있음을 이해합니다. 제가 혜택을 오용한 경우에 법원은 다른 판결을 내릴 수 있습니다.

선택된 사람의 서명	날짜