

Authorization for Alternate EBT Cardholder (Autorização para titular alternativo do cartão EBT)

NOME DO CLIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

O que é um titular alternativo de cartão EBT?

Um Titular de Cartão Alternativo é uma pessoa responsável que você escolhe e confia para usar seus benefícios para suas necessidades. Eles terão acesso ao seu dinheiro e/ou a comida básica e receberão seu próprio cartão EBT da Washington Quest.

Será que preciso de um titular alternativo do cartão EBT?

Não. Qualquer pessoa pode optar por ter um titular alternativo. Se você precisar de ajuda para usar seus benefícios de comida ou dinheiro, pode autorizar que alguém seja um titular alternativo do cartão para usar seus benefícios para suas necessidades.

O que devo pensar antes de escolher um titular alternativo do cartão?

Escolha uma pessoa em que você confie. O departamento não substituirá seus benefícios se essa pessoa os usar indevidamente.

Se você quer um titular alternativo do cartão EBT:

Complete e devolva esse formulário ao seu escritório local. Esse formulário deve ser assinado por você e pela pessoa que você escolher. Você pode excluir um titular alternativo do cartão ligando para 1-877-501-2233 e solicitando uma alteração na pessoa que tem acesso à sua conta.

O titular alternativo do cartão deverá se apresentar no escritório local com um documento de identidade válido para obter seu cartão.

Você não precisa ir no escritório com o titular alternativo do cartão que você escolheu.

Quem é seu titular alternativo do cartão (escreva claramente - as informações são mantidas em sigilo)

SOBRENOME	NOME	INICIAL DO MEIO	
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP
Esse endereço é igual ao do cliente? ☐ Sim ☐ Não		TELEFONE (INCLUA O CÓDIGO DE ÁREA)	

Tipo de benefícios que a pessoa citada acima pode usar (marque um ou ambos):

☐ Comida ☐ Dinheiro

ASSINATURA DO CLIENTE

DATA

Concordo em atuar como titular alternativo do cartão em nome da pessoa citada acima. Aceito a total responsabilidade de usar os benefícios em dinheiro e/ou alimentos dessa pessoa em seu interesse e para seu benefício. Concordo com os termos do programa de Transferência Eletrônica de Benefícios - EBT, de dinheiro/comida básica.

Compreendo que poderei ter que substituir os benefícios devido ao uso indevido dos mesmos. Um tribunal poderá determinar outras sentenças contra minha pessoa se usar indevidamente seus benefícios.

ASSINATURA DO TITULAR ALTERNATIVO DO CARTÃO EBT

DATA