

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (RA)

Usted puede elegir un representante autorizado (RA) para que lo ayude con algunos o con todos los pasos necesarios para solicitar u obtener beneficios. Estos beneficios comprenden: ayuda de dinero en efectivo, médica, cupones de alimentos y/o para cuidado de menores

Un RA es un amigo, familiar u otro adulto al que le interesa su bienestar. Un RA es un adulto que usted elija. Nosotros no elegiremos uno por usted. La persona que elija debe aceptar ayudarlo. Una agencia no puede actuar como RA, pero una persona que trabaje en una agencia sí puede hacerlo. Un RA debe ser una persona específica.

Un RA puede asistir a entrevistas sobre la elegibilidad en su lugar. Un RA puede llenar un formulario de solicitud y otros documentos por usted. Un RA también puede informar sobre modificaciones en sus ingresos, recursos y otros cambios por usted. El RA puede obtener su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés), tarjeta de identificación de asistencia médica y otra correspondencia que le enviemos. El RA puede solicitar un recurso contencioso administrativo por usted si no está satisfecho con cualquier decisión que haya tomado el DHHS sobre la elegibilidad. El RA lo puede representar en un recurso contenciosos administrativo. Usted elige lo que quisiera que el RA hiciera por usted marcando las casillas más abajo.

OBLIGACIONES DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Marque las cosas que desea que el RA haga por usted:

- Obtener mi solicitud, formularios y otros documentos del DHHS por mí.
- Llenar mi solicitud, formularios y otros documentos del DHHS por mí.
- Dar al Departamento comprobantes de mis ingresos, recursos, y otra información del caso e informar y verificar los cambios en las circunstancias de mi caso al Departamento por mí.
- Recibir mis avisos del DHHS. Obtener mis beneficios de dinero en efectivo por mí.
- Ir a mis entrevistas de elegibilidad en mi lugar.
- Acceder a mi cuenta EBT. *Esto significa que tanto mi RA como yo tendremos una tarjeta EBT a nuestro propio nombre. Ambos podremos usar estas tarjetas EBT para obtener mis beneficios.*
- Solicitar un recurso contencioso administrativo por mí. Representarme en un recurso contencioso administrativo si decido que quiero uno.
- Hablar con mi administradora de servicios de salud (Managed Care Organization, MCO) o plan de seguro médico calificado (Qualified Health Plan, QHP) por mí.
- Obtener mi tarjeta de asistencia médica por mí. Otra: _____

FIRMA DEL CLIENTE:

Lea atentamente las siguientes declaraciones. Su firma a continuación significa que ha leído, comprende y acepta estas declaraciones.

- **Certifico** que he leído y entiendo la información de este formulario.
- **Comprendo** que soy responsable de los errores, omisiones o inexactitudes en la información que mi RA comunique al DHHS.
- **Comprendo** que si mi RA utiliza mis beneficios sin mi permiso, estos beneficios no serán restituidos por el DHHS.
- **Comprendo** que la persona a la que nombro como mi RA seguirá representándome hasta que yo o mi RA informe al DHHS de un cambio. No obstante, si vivo en un centro de tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción o soy parte de otro tipo de alojamiento grupal y mi RA es una persona empleada por ese organismo, entiendo que de acuerdo con 7 CFR 273.11(f)(5)(ii), esa persona automáticamente dejará de ser mi RA una vez que deje el centro de tratamiento.

Nombre en letra de imprenta del cliente

Fecha

Firma del cliente

Fecha de nacimiento

N.º MID

N.º de caso

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Díganos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su RA. Escriba claramente en letra de imprenta.

Nombre

Inicial del 2º
nombre

Apellido

Dirección/Dirección postal

Número de teléfono

Ciudad, estado, código postal

Número de teléfono alternativo

Fecha de nacimiento
(Opcional)

Describa su relación con el RA
(Si su RA pertenece a una agencia, escriba aquí el nombre de la agencia).

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

MI firma a continuación significa que he leído y entiendo la información de este formulario. Estoy de acuerdo en aceptar las obligaciones indicadas en este formulario y comprendo lo siguiente:

- **Comprando** que debo dar prueba de mi identidad para actuar como representante autorizado.
- **Comprendo** que si fui descalificado por la infracción a un programa, no puedo actuar como RA a menos que no haya ninguna otra persona adecuada para representar a esta persona.
- **Comprendo** que si soy RA de una persona que recibe cupones de alimentos en un centro de tratamiento de alcoholismo y drogadicción o en otro tipo de alojamiento grupal, y doy información errónea que conduzca a la entrega excesiva de beneficios, estos beneficios se recuperarán del centro de tratamiento o del tipo de alojamiento grupal, no solamente del residente al que represento, y el centro se denunciará ante la concesión de permisos del SNAP del USDA conforme a 7 CFR 273.11 (e)(7).
- **Acepto** actuar como RA del cliente mencionado en este formulario o hasta que el cliente informe de un cambio al DHHS.

Nombre en letra de **imprenta** del representante autorizado

Fecha

Firma del representante autorizado

Devolver a: Centralized Scanning Unit (CSU), P.O. Box 181, Concord, NH 03301