

Formulario para consentimiento de apoderado

Por favor llene la información a continuación del Beneficiario para el Programa de Asistencia para Emergencias (TEFAP por sus siglas en inglés)

Nombre del Beneficiario _____
Dirección _____
Ciudad y Código Postal _____
Número de teléfono _____

Por la presente nombro a _____ (Nombre de Apoderado)
Primer Nombre Apellido

como mi apoderado para firmar los documentos necesarios, y recoger mis beneficios alimenticios de la siguiente agencia:

Nombre de Agencia _____ Ciudad _____

Entiendo que asumo la responsabilidad total por las acciones de mi apoderado. Le informaré de los procedimientos apropiados cuando actúe en representación mía. Mi firma confirma mi elegibilidad continua para beneficios alimenticios.

Firma de Beneficiario _____ Fecha _____

Firma de Apoderado _____ Fecha _____

Agency Use Only - Approved By:

Print Name Signature Date

En conformidad con la ley Federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o retaliación por actividades previas en derechos civiles, para cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para la información del programa (p. ej. Braille, macrotipo, reproducciones en audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia (del Estado o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que sean sordas, tengan problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información sobre el programa se puede hacer disponible en idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA o escriba una carta a USDA y provea en la carta toda la información que se pide en el formulario. Envíe el formulario lleno o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 202509410; Por fax: (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.