

**DESIGNACION DE COMPRADOR AUTORIZADO / PAGADOR ALTERNO PARA
 BENEFICIOS DE FOODSHARE**

Los números de *Social Security* y la información de identificación personal serán utilizados sólo para la administración directa de *FoodShare Wisconsin*.

Usted puede elegir un *Comprador Autorizado* para que le ayude a utilizar sus beneficios de *FoodShare*. Además de usted recibir una tarjeta, el comprador autorizado recibirá una tarjeta *QUEST* con el nombre de él/ella, y tendrá acceso a su cuenta de *FoodShare* para comprar alimentos para su hogar.

Usted puede elegir un *Pagador Alterno* para utilizar los beneficios de *FoodShare* en su nombre. El pagador alterno recibirá una tarjeta *QUEST* con el nombre de él/ella. Usted no recibirá una tarjeta *QUEST*.

Usted puede cancelar en cualquier momento el acceso a la cuenta de su tarjeta *QUEST* la cual haya otorgado a otros. Para cancelar el acceso a su cuenta, comuníquese con su trabajador/a o llame al Servicio al Cliente de *QUEST* al 1-877-415-5164.

Nombre de Caso	Número de Caso	Nombre del Trabajador/a
----------------	----------------	-------------------------

Al marcar la(s) casilla(s) abajo, certifico que:

Quiero que _____ sea designado como mi Comprador Autorizado para acceder a mi cuenta de *FoodShare* para comprar mis alimentos. Entiendo que se nos emitirá una tarjeta a ambos. Mi tarjeta *QUEST* para el comprador autorizado debe ser enviada al:

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Quiero que _____ sea removido como Comprador Autorizado de mi caso.

Quiero que _____ sea designado como mi Pagador Alterno para acceder a mi cuenta de *FoodShare* para comprar mis alimentos. Entiendo que sólo a mi Pagador Alterno se le emitirá una tarjeta. Mi tarjeta *QUEST* para mi pagador alterno debe ser enviada al:

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Quiero que _____ sea removido como el Pagador Alterno de mi caso.

Entiendo que:

Cualquier transacción en mi cuenta de *FoodShare* hecha por mí, un Comprador Autorizado, Pagador Alterno o cualquier otra persona a quien yo voluntariamente dé mi tarjeta *QUEST* y número de *PIN* se considerará autorizada y no se reemplazarán los beneficios.

Se necesita un testigo para su firma. Si firma con una X, se requieren dos testigos.

Firma – Portador Primario de la tarjeta u otro Pagador	Fecha de la Firma
Firma – Testigo 1 (Requerida)	Fecha de la Firma
Firma – Testigo 2 (Requerida si firmada con una X.)	Fecha de la Firma

NOTE: Usted tiene el derecho de tener a otra persona representándole y actuando en su nombre para completar la solicitud / proceso de revisión. Esta persona actuará como su "representante autorizado". Si usted desea autorizar a alguien para que actúe en su nombre, complete el formulario "*Medicaid/BadgerCare Plus/FoodShare Authorization of Participant's Representative*" (HCF 10126S). Para obtener este formulario, comuníquese con su trabajador/a o visite a dhfs.wisconsin.gov/forms/DHCF/HCF10126S.pdf.

Sólo para el Uso del Trabajador del Caso (For Case Worker Use Only)

Nuevo Comprador Autorizado Nuevo Pagador Alterno Remueva Comprador Autorizado Remueva Pagador Alterno

Firma – Trabajador/a de Apoyo Económico (ES Worker)	Fecha de la Firma
--	-------------------