

**AGREGAR O QUITAR UN COMPRADOR AUTORIZADO O BENEFICIARIO ALTERNO PARA
LOS BENEFICIOS DE FOODSHARE**

ADD OR REMOVE AN AUTHORIZED BUYER OR ALTERNATE PAYEE FOR FOODSHARE BENEFITS

Instrucciones: Utilice este formulario para agregar o quitar un **comprador autorizado** o **beneficiario alterno** para sus beneficios de FoodShare.

- Un **comprador autorizado** es una persona que puede usar sus beneficios de FoodShare para comprar alimentos para su familia. Si agrega un comprador autorizado, usted y esa persona obtendrán una tarjeta QUEST individual relacionada con sus beneficios.
- Un **beneficiario alterno** es una persona que usa los beneficios de FoodShare en su nombre. Si agrega un beneficiario alterno, solo esa persona recibirá una tarjeta QUEST con su nombre. Usted no obtendrá una tarjeta.

Puede quitar un comprador autorizado o beneficiario alterno en cualquier momento comunicándose con su agencia o llenando este formulario. Envíe el formulario completo a su agencia.

Para encontrar su agencia, vaya a dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm o llame a servicios para miembros al 1-800-362-3002.

Cualquier información de identificación personal que ingrese a continuación será utilizada únicamente por FoodShare Wisconsin para la administración directa de los beneficios.

Nombre del titular principal de la tarjeta	Número de caso
--	----------------

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

- Deseo agregar a _____ como un comprador autorizado que puede usar mis beneficios de FoodShare para comprar alimentos para mi familia. Entiendo que a ambos se nos entregarán tarjetas QUEST y que la tarjeta QUEST de mi comprador autorizado se enviará por correo a mi dirección como la persona que recibe los beneficios de FoodShare.

Nota: Si la dirección que proporciona a continuación no es la dirección registrada, su dirección se actualizará en nuestro sistema.

Dirección postal

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

- Deseo quitar a _____ como un comprador autorizado de mis beneficios de FoodShare.

- Deseo agregar a _____ como un beneficiario alterno que utilizará mis beneficios de FoodShare para comprar alimentos para mi familia. Entiendo que a mi beneficiario alterno se le dará una tarjeta QUEST en vez de a mí. Mi tarjeta QUEST para mi beneficiario alterno debe enviarse a:

Dirección postal

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

como un beneficiario alterno de mis beneficios de FoodShare.

- Deseo quitar a _____

Si está agregando un comprador autorizado o un beneficiario alternativo, marque las casillas a continuación para demostrar que comprende que:

- Cualquier transacción en mi cuenta de FoodShare se considera autorizada y los beneficios no serán reemplazados por las compras realizadas por cualquiera de los siguientes:
- Mi
 - Un comprador autorizado
 - Un beneficiario alterno
 - Cualquier otra persona a quien le doy voluntariamente mi tarjeta QUEST y mi número de identificación personal (PIN)
- Si alguna tarjeta QUEST en mi cuenta se pierde o me la roban, es posible que tenga que pagar una cuota de \$2.70 para reemplazarla. Esta cuota saldrá de mis beneficios de FoodShare.

Nota: Su firma abajo tiene que ser atestiguada. Se necesitan dos testigos si firma con una X.

Firma – Titular principal de la tarjeta u otra persona autorizada	Fecha de la firma
Firma – Testigo 1 (Requerido)	Fecha de la firma
Firma – Testigo 2*	Fecha de la firma

*Requerido sólo si el titular principal de la tarjeta u otra persona autorizada firmó con una X.

Nota: Usted tiene el derecho de tener a otra persona representándole y actuando en su nombre para completar el proceso de solicitud / renovación. Esta persona actuará como su representante autorizado. Si desea autorizar a alguien para que actúe en su nombre, complete el formulario “Medicaid/BadgerCare Plus/FoodShare Authorization of Participant’s Representative” (F-10126S). Para obtener este formulario, póngase en contacto con su agencia o visite a www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm.

For Income Maintenance (IM) Agency Caseworker Use Only

- New Authorized Buyer New Alternate Payee Remove Authorized Buyer Remove Alternate Payee

SIGNATURE – IM Agency Caseworker	Date Signed
---	-------------

DISTRIBUTION: Case File – Original Member – Copy

**Enunciado de no discriminación de USDA
 NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o

escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) correo:
 Food and Nutrition Service, USDA 1320
 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) fax: (833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) correo electrónico:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO