

**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](https://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.

<b>Firma</b> – Titular principal de la tarjeta u otra persona autorizada	Fecha de la firma
<b>Firma</b> – Testigo 1 (Requerido)	Fecha de la firma
<b>Firma</b> – 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](http://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

<b>SIGNATURE</b> – IM Agency Caseworker	Date Signed
---	-------------

DISTRIBUTION:    Case File – Original                      Member – Copy

**Enunciado de no discriminación de USDA**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.