

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY**  
**Administración de Asistencia para  
Familias**

**DESIGNACIÓN DE TITULAR  
SUSTITUTO PARA LA TARJETA  
DE EBT**

**Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*)**

---

**Nombre del Entrevistador de  
Elegibilidad (*EI*)**

---

**Dirección en el caso (*Núm., Calle*)**

---

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Núm. de caso** \_\_\_\_\_

**Al marcar la(s) siguiente(s)  
casilla(s), certifico que:**

**Vea la páginas 3-6 para leer la  
declaración de USDA/EOE/ADA**

**Deseo designar a la siguiente persona como titular sustituto para mi tarjeta de EBT con acceso a mis beneficios de Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo para comprar alimentos y/o usar mi dinero en efectivo en caso de que yo no pueda hacerlo.**

**Deseo quitar a \_\_\_\_\_ de mi caso como titular sustituto para mi tarjeta de EBT.**

**En letra de molde, el titular sustituto (*Apellido, Nombre, S.I.*)**

**Fecha de nacimiento del titular sustituto para la tarjeta \_\_\_\_\_**

**Firma del informante principal**

**Fecha \_\_\_\_\_**

**SOLO PARA USO DEL  
TRABAJADOR DEL CASO**

**Add EBT Alternate Card Holder**

**Remove EBT Alternate Card Holder**

**EI's Name (*Print*)**

---

**EI's Signature**

---

**Date \_\_\_\_\_**

**OST's Name (*Print*)**

---

**OST's Signature**

---

**Date \_\_\_\_\_**

**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/ad-3027s.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 bien por**

**3. correo electrónico:**

**[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)**

**Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.**

---

**Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ●**

**Available in English on-line or at the local office.**