

**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)**

---

**Vea la páginas 5-12 para  
leer la declaración de  
EOE/ADA**

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

---

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

**Estado** \_\_\_\_\_

**Código postal** \_\_\_\_\_

**Núm. de caso** \_\_\_\_\_

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

**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](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:**

**[FNSCIVILRIGHTSCOMPLA  
INTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLA<br/>INTS@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.**