



# AUTORIZACION

Individual/Assistance Group	Case Number/CAT/SEQ
-----------------------------	---------------------

Por la presente designo a \_\_\_\_\_ con residencia en \_\_\_\_\_  
Nombre  
\_\_\_\_\_ para actuar como mi representante autorizado.  
Direccion

PARA: (marque una o ambas casillas)  Ser entrevistado en mi lugar  
 Recibir y usar asistencia de alimentos a nombre de mi grupo familiar

La razón por la que mi esposa o yo no podemos ser entrevistados es:

- El horario de trabajo es el mismo que el de las oficinas de asistencia de alimentos  Motivos de salud  Dificultades de transporte  
 Otros motivos - Explique: \_\_\_\_\_

Dicha persona es mayor de edad y está lo suficientemente informada de la situación económica de mi familia y otras circunstancias de mi grupo familiar, para suministrar cualquier información solicitada por el Programa de Asistencia de Alimentos. Entiendo que soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi apoderado y que puedo ser procesado por fraude y ser multado y/o encarcelado.

\_\_\_\_\_  
Fecha  
\_\_\_\_\_  
Testigo si firma X

\_\_\_\_\_  
Firma  
\_\_\_\_\_  
Testigo si firma X

## Solicitud de renuncia a entrevista inicial en la oficina de Asistencia de Alimentos.

Estoy imposibilitado de designar un representante autorizado, o encargar a un miembro adulto de mi group familiar que concurra a la entrevista para solicitar asistencia de alimentos, porque todos los miembros adultos tienen:

- 65 años de edad o más  Incapacidad mental o fisica  
 Otras razones (tales como enfermedad, cuidar a otro familiar, horario de trabajo, dificultades de transporte)

Explique: \_\_\_\_\_

Por los anteriores motivos solicito se renuncie a la entrevista en la oficina de asistencia de alimentos y entiendo que la entrevista se efectuará en mi casa, o por teléfono. Entiendo que si no suministro información completa y precisa, y no comunico a la oficina de asistencia de alimentos de cualquier cambio cuando ocurra, puedo ser procesado por fraude y ser multado y/o encarcelado.

\_\_\_\_\_  
Fecha  
\_\_\_\_\_  
Testigo si firma X

\_\_\_\_\_  
Firma  
\_\_\_\_\_  
Testigo si firma X

Teléfono en que puedo ser localizado: \_\_\_\_\_