

НАЗНАЧЕНИЕ ПОЛНОМОЧНОГО ПОКУПАТЕЛЯ / АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ FOODSHARE

Social Security Numbers и персональная идентификационная информация будут использоваться только для административных целей программы FoodShare Wisconsin.

Вы можете выбрать *Полномочного покупателя*, который поможет Вам использовать Ваши льготы программы FoodShare. В этом случае не только Вы получите карточку, но и полномочный покупатель получит карточку QUEST со своим именем на ней, и будет иметь доступ к Вашему счету в программе FoodShare, чтобы иметь возможность покупать продукты для Вашей семьи.

или

Вы можете выбрать *Альтернативного получателя*, который будет использовать Ваши льготы в программе FoodShare от Вашего имени. Альтернативный получатель получит карточку QUEST со своим именем на ней. Вы не получите карточку QUEST.

или

Вы можете в любое время закрыть доступ к счету Вашей QUEST карточки, который Вы предоставили другим лицам. Чтобы закрыть доступ к Вашему счету, свяжитесь с Вашим сотрудником или позвоните по телефону помощи Службы работы с клиентами программы QUEST: 1-877-415-5164.

Case Name	Case Number	Worker Name
-----------	-------------	-------------

Ставя галочки в указанные ниже квадратики, я подтверждаю, что:

Я хочу, чтобы _____ был(а) назначен(а) моим Полномочным покупателем, чтобы иметь возможность доступа к моему счету в программе FoodShare для покупки моих продуктов. Я понимаю, что нам обоим выдадут карточку. Пришлите мою карточку Quest по адресу:

_____ улица _____ город _____ штат _____ почтовый индекс

Я хочу, чтобы _____ был(а) убран(а) из моего дела как Полномочный покупатель.

Я хочу, чтобы _____ был(а) назначен(а) моим Альтернативным получателем, чтобы иметь возможность доступа к моему счету в программе FoodShare для покупки моих продуктов. Я понимаю, что только моему Альтернативному получателю выдадут карточку. Карточку Quest для моего Альтернативного получателя можно выслать по адресу:

_____ улица _____ город _____ штат _____ почтовый индекс

Я хочу, чтобы _____ был(а) убран(а) из моего дела как Альтернативный получатель.

Я понимаю, что:

Любая операция со счетом программы FoodShare, совершенная мной, полномочным покупателем, альтернативным получателем, или любым другим лицом, которому я по своей воле дал(а) мою QUEST карточку и PIN, считается законной, и эти льготы не будут возмещены.

Ваша подпись должна быть засвидетельствована. Если Вы ставите крестик вместо подписи, то требуются подписи двух свидетелей.

ПОДПИСЬ – Основной владелец карточки или другой получатель	Дата подписания
ПОДПИСЬ – Свидетель 1 (необходим)	Дата подписания
ПОДПИСЬ – Свидетель 2 (необходим, если вместо подписи стоит X).	Дата подписания

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы имеете право на то, чтобы другой человек представлял Вас и действовал от Вашего имени при процедуре оформления Вашего заявления / пересмотра Вашего дела. Этот человек будет выступать в роли Вашего «полномочного представителя». Если Вы хотите уполномочить кого-то действовать от Вашего имени, заполните форму «Утверждение представителя участника программы Medicaid/BadgerCare Plus/FoodShare» (HCF 10126R). Чтобы получить эту форму, обратитесь к своему сотруднику программы или зайдите на веб-страницу: dhs.wisconsin.gov/forms/DHCF/HCF10126R.pdf.

For Case Worker Use Only

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

SIGNATURE – IM Worker	Date Signed
------------------------------	-------------

DISTRIBUTION:

Case File – Original

Member – Copy