Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Si desea que alguien sea autorizado para actuar en su nombre paro los programas de HealthCare y / o FoodShare, por favor complete el Formulario de Representante Autorizado adjunto. Tenga en cuenta que alguien más que usted y el Representante Autorizado debe ser testigo de sus firmas y el testigo tendrá que firmar también. También necesitamos una copia de la identificación con foto de su representante autorizado. Puede devolver el formulario y una copia de la identificación con foto enviándolos por correo a CDPU, PO BOX 5234, Janesville, WI 53547-5234 o enviándolos por fax al CDPU al 1-855-293-1822 o dejándolos en su Agencia local.

Si tiene cualquier pregunta, favor de llamar al centro de llamadas del Southern Consortium al 1-888-794-5780

Gracias,

Agente del Centro de LLamadas del Southern Consortium

Adjunto: Forma de Representante Autorizado – REP