Departamento de Agricultura de Kentucky

Formulario de poder

Nombre del cliente: _____

DIRECCIÓN: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Programa: ◯ TEFAP CSFP ◯

Por la presente designo a _____ (Nombre del apoderado) para que actúe como mi apoderado para firmar los documentos requeridos, proporcionar información de elegibilidad y recoger mis beneficios de alimentos de la siguiente agencia:

_____

Período de renovación: _____ Hasta: _____
Fecha de hoy (mes/año) 1 año a partir de la fecha de hoy (mes/año)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Departamento de Agricultura de Kentucky

Formulario de poder

Nombre del cliente: _____

DIRECCIÓN: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Programa: ◯ TEFAP CSFP ◯

Por la presente designo a _____ (Nombre del apoderado) para que actúe como mi apoderado para firmar los documentos requeridos, proporcionar información de elegibilidad y recoger mis beneficios de alimentos de la siguiente agencia:

_____

Período de renovación: _____ Hasta: _____
Fecha de hoy (mes/año) 1 año a partir de la fecha de hoy (mes/año)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.