

ESTADO DE RHODE ISLAND
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
Solicitud de tarjeta EBT de RI

SPANISH
EBT-10
Rev: 08/15

Fecha de recepción:

UBICACIÓN DE LA OFICINA (marque una casilla):

Providence Pawtucket Warwick Woonsocket Newport South Country

N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ N.º DE DHS: _____ Fecha de nac.: ____/____/____
(si se conoce) MM DD AAAA

Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre

DIRECCIÓN

Calle N.º de Dpto. Ciudad/Localidad

Estado Código Postal Número de teléfono

Marque esta casilla si la dirección es nueva. ¿Desea que la tarjeta se envíe a esta dirección? Sí No

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (si es diferente)

Calle N.º de Dpto. Ciudad/Localidad

Estado Código Postal

¿Desea que la tarjeta se envíe a esta dirección? Sí No

¿Por qué solicita una nueva tarjeta EBT?

- La tarjeta no funciona
- Me robaron la tarjeta
- Extravié la tarjeta
- La tarjeta fue destruida
- No tengo acceso a la tarjeta
- Otro motivo: _____

Firma Fecha

.....
Escriba en esta sección solo si es representante autorizado o beneficiario autorizado:

Representante autorizado Beneficiario autorizado Ambos, representante y beneficiario

Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre

Fecha de Nac.: ____/____/____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____
MM DD AAAA

Firma Fecha