DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES
Division of Health Care Financing
HCF 16004L (Formerly DES-12239)

STATE OF WISCONSIN

# ໃບມອບໝາຍໃຫ້ເປັນຜູ້ຊື້ສຳລັບບັດອີບີທີ (EBT)

ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ມາອາດຈະນຳໄປໄວ້ໃນສິ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແນວອື່ນ [ອີງຕາມກົດໝາຍດ້ວຍສິດສ່ວນຕົວ, ຮ. 15.04 (1) (m)]

| ຊື່ກໍຣະນີ | ໝາຍເລກກໍຣະນີ | ຊື່ພນັກງານ |
|---|---|---|
| | | |

ການໝາຍໃນກັບຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າ:

☐ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການ _____ ໃຫ້ຍົກເລີກອອກຈາກການເປັນຜູ້ຮັບມອບໝາຍໃຫ້ເປັນຜູ້ຊື້ຈາກກໍຣະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການມອບໝາຍໃຫ້ຜູ້ມີຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເປັນຜູ້ມີສິດໃຊ້ບັນຊີຟູດສແຕມ ອີບີທີ (EBT) ເພື່ອຊື້ອາຫານໃຫ້ ຂ້າພະເຈົ້າ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າວ່າມີການໃຊ້ບັນຊີຟູດສແຕມໂດຍຂ້າພະເຈົ້າເອງ, ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບໝາຍເປັນຜູ້ຊື້ແທນຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼືຜູ້ອື່ນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອານຸຍາດ ໂດຍເອົາບັດ ອີບີທີ ແລະ ເລກພິນສ່ວນຕົວ (PIN) ໃຫ້, ການຊື້ຂາຍທີ່ເກີດຂຶ້ນຖືວ່າໄດ້ຮັບອານຸຍາດຈາກຂ້າພະເຈົ້າແລະປະໂຍດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບໄປແລ້ວຈະບໍ່ມີການໃຊ້ຄືນອີກ.

| ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບໝາຍເປັນຜູ້ຊື້ (ຊື່ຕົ້ນ, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) **ກະຣຸນາຂຽນຊື່ຕົວບັນຈົງ** |
|---|
| |

| ລາຍເຊັນຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງບັດ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າ | ວັນທີ |
|---|---|
| | |

**ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ພນັກງານເທົ່ານັ້ນ**

☐ New Authorized Buyer
☐ Remove Authorized Buyer

| Worker Signature | ວັນທີ |
|---|---|
| | |

**RETAIN COMPLETED FORM IN CLIENT FILE**