COLORADO
Office of Economic Security
Division of Food & Energy Assistance

Formulario de autorización

Nombre completo del cliente _____

Dirección _____

Ciudad y código postal _____

Teléfono _____

Programa: ☐ TEFAP ☐ CSFP

Por medio de la presente nombre a _____
nombre del representante autorizado

para que sirva como mi representante autorizado para que firme todos los documentos necesarios, proporcione la información de elegibilidad requerida y recoja mis víveres en la siguiente agencia o departamento _____

durante el período de tiempo de _____ to _____
month and year *month and year*

Los clientes podrán designar un representante autorizado hasta un año calendario a partir de la fecha de designación

X _____ _____
Firma del cliente **Fecha**

X _____ _____
Firma del representante autorizado **Fecha**

Para uso interno de la agencia - Agency Use Only
Approved by:

_____ _____ _____
Print Name **Signature** **Date**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.