

DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES
ENERGY ASSISTANCE PROGRAM

2527 N. Carson St. #260
Carson City, NV 89706-0147
(775) 684-0730 · Fax (775) 684-0740

3330 E. Flamingo Rd. #55
Las Vegas, NV 89121-4397
(702) 486-1404 · Fax (702) 486-1441

Nombre de Caso: _____

UPI de Caso: _____

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

I. NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL/LA SOLICITANTE/CLIENTE

Yo, _____, pido que _____

sea mi representante autorizado. Como representante autorizado, este individuo recibirá fotocopias de todo lo que sea necesario de información y noticias. Tendrá la misma responsabilidad que yo en entregando información para determinar elegibilidad y tendrá la responsabilidad de reportar información. Adicional, ellos son autorizados a firmar cualquier y todos los documentos de parte de usted.

Yo entiendo que el periodo de tiempo de este nombramiento empieza _____ y terminara a fin de
Fecha de Comienzo

esta certificación actual. Sin embargo, yo puedo cancelar esta autorización en escrito en cualquier tiempo antes de la terminación de esta certificación.

Firma de Solicitante/Cliente

Fecha

II. DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE NOMBRADO

Yo creo que el/la solicitante/cliente anotado entiende la naturaleza y consecuencias de los hechos de el ella y es capas de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el/la solicitante/cliente anotado hizo la decisión de nombrarme como su representante sin cualquier amenaza o presión de cualquier tipo.

Como representante autorizado, yo estoy de acuerdo de ser responsable de parte del solicitante/cliente anotado con la capacidad mencionada en esta forma. Yo entiendo de que mis derechos y obligaciones como representante autorizado son los mismos como si yo fuera el/la solicitante/cliente y entiendo que yo puedo ser obligado por cualquier sobre pago resultando de información incorrecta que yo provea.

Yo certifico bajo penalidad de perjurio la información que yo provea son verídicas y correctas a mi mejor conocimiento.

Firma de Representante

Relación

Nombre imprimado

Fecha

Dirección

Numero de Teléfono

Firma del Gerente de Caso

Fecha