



## Asistencia para completar este formulario

### Puede elegir un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona u organización de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la entrega de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona u organización se denomina "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) al 1-877-423-4746. Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente prueba con la solicitud. Si necesita asignar más de un representante autorizado, complete otro Anexo C.

1. Nombre de la persona (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de suite o departamento
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono (    )    -		
8. Nombre de la organización		9. Número de ID (si corresponde)
10. Poderes del representante autorizado: Firmar la solicitud en nombre del solicitante <input type="checkbox"/> Completar y presentar un formulario de renovación <input type="checkbox"/> Recibir copias de avisos y otras comunicaciones <input type="checkbox"/> Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos <input type="checkbox"/>		
11. Idioma preferido		12. ¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Al firmar, autoriza a que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud, y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

13. Su firma	14. Fecha (mm/dd/aaaa)
--------------	------------------------

### Solo para asesores, coordinadores, agentes e intermediarios de solicitudes certificados.

Complete esta sección si es un asesor, coordinador, agente o intermediario de solicitudes certificado que está completando esta solicitud en nombre de alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido & Sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de ID (si corresponde)

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877- 423-4746. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.

Anexo C del Formulario 94a (4/2022)

