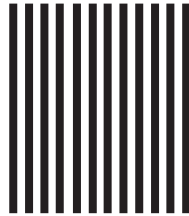


NO POSTAGE
NECESSARY IF
MAILED IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 1299

FIS

P.O. Box 290

Milwaukee, WI 53201-0290

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution and the USDA are prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, disability, religion, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. To file a complaint alleging discrimination, complete a complaint form (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html or write USDA, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410. Complaints can also be sent by email to: program.intake@usda.gov, by fax to: (202) 690-7442, or call, toll free, (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay at (800) 877-8339 or (800) 845-6136 (Spanish). USDA and this institution are equal opportunity providers and employers.

De acuerdo con las leyes federales y las normas del Departamento de Agricultura (USDA), esta institución y el USDA tienen prohibido discriminar en función de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, religión o creencias políticas, o tomar represalias o vengarse por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o realizado con fondos del USDA. Para presentar una queja de presunta discriminación, llene una forma para quejas (AD-3027), disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o envíe una carta a: USDA, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410. También se pueden enviar quejas por correo electrónico a: program.intake@usda.gov; por fax, al número: (202) 690-7442; o llamar sin costo al (866) 632-9992 (voz). Las personas que tienen alguna discapacidad de la audición o del habla pueden llamar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339 (inglés), o al (800) 845-6136 (español). El USDA y esta institución son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

With a few exceptions, you have the right to ask for and see facts the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) has about you. You also have the right to ask HHSC to correct facts that are incorrect. Government Code sections 552.021, 552.023, 559.004 allow for this. To ask about facts HHSC has about you and see if any of those facts need to be corrected, call 2-1-1 or 877-541-7905 (after you pick a language, press 2).

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a pedir y ver los datos que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas tiene sobre usted. También tiene el derecho de pedirle a la HHSC que corrija los datos incorrectos. Las secciones 552.021, 552.023, 559.004 del Código de Gobierno permiten esto. Para pedir los datos que la HHSC tiene sobre usted y ver si alguno de éstos necesita corregirse, llame al 2-1-1 ó 877-541-7905 (luego de escoger un idioma, oprima el 2).

Lone Star Card



Secondary Cardholder Request

Solicitar un titular secundario de tarjeta



Texas Health and Human
Services Commission

FIS12406/SCR

Secondary Cardholder

If a friend or family member helps you do grocery or other shopping, you may give that person the right to use your Lone Star Card as a secondary cardholder. Fill out this form and send it to us to let us know who you'd like as a secondary cardholder. The person you choose can use this card, just like you, to buy food with your food account or get cash from your cash account.

4 EASY STEPS...

1. Choose your secondary cardholder very carefully. This person can use your benefits the same way you do - with or without your permission. If your secondary cardholder steals your benefits or misuses the card, your benefits cannot be replaced. Be sure the person you pick is someone you know and trust.
2. Fill out the form, then, (1) sign it, (2) have the secondary cardholder sign it, (3) cut or tear along the dotted line, and (4) mail to us.
3. After we get your form, we will mail the package for the secondary cardholder to your address. The package will have the same Lone Star training material you got and a new Lone Star card and PIN. It will be up to you to give all the materials to your secondary cardholder. To protect your benefits, we will ask you to give the package to your secondary cardholder unopened.
4. The secondary cardholder will have to call the Help Desk at 800-777-7EBT (800-777-7328) before using the card. If the secondary cardholder has a speech or hearing disability, they can call Relay Texas at 7-1-1 or 800-735-2989.

Titular secundario de tarjeta

Si un amigo o familiar le ayuda a hacer las compras, puede darle a esa persona el derecho a usar su tarjeta Lone Star (como titular secundario). Llene y envíenos este formulario para informarnos de quién quiere que sea el titular secundario. La persona que usted elija podrá usar esta tarjeta de la misma manera que usted para comprar comida con su cuenta de SNAP o para obtener dinero en efectivo de su cuenta de TANF.

4 PASOS SIMPLES...

1. Escoja cuidadosamente a su titular secundario. Esta persona puede usar sus beneficios de la misma manera que usted, con o sin su permiso. Si su titular secundario le roba sus beneficios o usa la tarjeta indebidamente, no podrán reemplazarse sus beneficios. Asegúrese de que la persona que escoja es alguien que conoce y de su confianza.
2. Llene el formulario y (1) fírmelo, (2) pídale al titular secundario que lo firme, (3) córtelo por la línea entrecortada y (4) envíenoslo por correo.
3. Después de que recibamos su formulario, le enviaremos a usted por correo un paquete para el titular secundario. Este paquete incluirá los mismos materiales de orientación de Lone Star que usted recibió, además de una nueva tarjeta Lone Star y un número de PIN. Usted tendrá que entregarle todos los materiales al titular secundario. Para proteger sus beneficios, le pediremos que le entregue el paquete cerrado a su titular secundario.
4. El titular secundario tendrá que llamar a la Línea de Ayuda al 800-777-7328 antes de usar la tarjeta. Si el titular secundario tiene una discapacidad de la audición o del habla, puede llamar a Relay Texas al 7-1-1 ó 800-735-2989.

Fill out this form if you want a second card for another person.
Llene este formulario si quiere una segunda tarjeta para otra persona.

FACTS ABOUT YOU / DATOS SOBRE USTED

Write your Lone Star Card number in the boxes below. This is the number on the front of your card. On some cards, the last three numbers are on the left side of the card under the first line of numbers. You do not need to enter the first six numbers. We already put those on the form.

Escriba el número de su tarjeta Lone Star en las casillas de abajo. Este número está en la parte del frente de su tarjeta. En algunas tarjetas, los últimos tres números están en el lado izquierdo de la tarjeta, debajo de la primera línea de números. No tiene que escribir los primeros 6 números; estos ya están en el formulario.

6 1 0 0 9 8

Last name / Apellido Middle initial / Inicial del Segundo Nombre First name / Nombre

Address / Dirección

City / Ciudad State / Estado ZIP / Código Postal

Please mark (✓) only one box to show which account your secondary cardholder can use: Por favor, marque (✓) sólo una casilla para mostrar la cuenta que el titular secundario puede usar:

- Only SNAP food account Sólo la cuenta de comida del SNAP
 Only TANF cash help account Sólo la cuenta de la ayuda de dinero en efectivo de TANF
 Both SNAP and TANF accounts Las dos cuentas, la de SNAP y la de TANF

FACTS ABOUT SECONDARY CARDHOLDER / DATOS SOBRE EL TITULAR SECUNDARIO DE LA TARJETA

Last name / Apellido Middle initial / Segundo Nombre First name / Nombre

Gender of secondary cardholder / Sexo del titular secundario Female / Mujer Male / Hombre

Date of birth / Fecha de Nacimiento: Social Security number / Número de Seguro Social

Signature of secondary cardholder / Firma del titular secundario Date / Fecha

Your Signature / Su firma Date / Fecha

Please tear here, complete, fold the form in half, seal the edges and mail the form to: form@lonestarcard.com. Please tear here, complete, fold the form in half, seal the edges and mail the form to: form@lonestarcard.com. Doble este formulario por la mitad, pegue los lados y envíelo.