សំបុត្រភស្តុតាង/ការផ្តល់សិទ្ធិ លើការប្តូរ (DFA 303)

ការណែនាំ : នៅផ្នែក A សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក, ចុះហត្ថលេខា និង បញ្ជូនត្រឡប់ពាក្យសុំនេះក្នុងរយៈពេល ១០ ថ្ងៃ នៃការបាត់បង់របស់លោកអ្នកដែលបានរាយការណ៍ បើពុំដូច្នោះទេ នឹងគ្មានការប្តូរណាមួយឡើយ ។

ផ្នែក A - សំបុត្រភស្តុតាងគ្រួសារ

ខ្ញុំ _____

សូមប្រកាសថាគ្រួសារ :

☐ ប័ណ្ណផ្ទេរផលប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) មិនបានទទួលក្នុងសំបុត្រតាមអាស័យដ្ឋានខាងក្រោម ហើយ ផលប្រយោជន៍ផ្សេងៗត្រូវបានធ្វើប្រតិបត្តិការណ៍ឡើងដោយមនុស្សដែលគ្មានសិទ្ធិ :

អាស័យដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្រ (លេខ, ផ្លូវ, ប្រអប់សំបុត្រ)		
ក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន់
អាស័យដ្ឋានគេហដ្ឋាន (ប្រសិនបើផ្សេង) (លេខ, ផ្លូវ)		
ក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន់

☐ ប័ណ្ណ EBT ត្រូវបានរាយការណ៍ពីការបាត់បង់/លួច ទៅកាន់ស្រុក ឬ ទៅកាន់ខ្សែទូរស័ព្ទភ្លាមៗ EBT ហើយស្រុក ឬ ខ្សែទូរស័ព្ទភ្លាមៗ EBT បានខកខានក្នុងការទុកជាមោឃៈនូវ ប័ណ្ណ EBT និង ផលប្រយោជន៍ផ្សេងៗត្រូវបានធ្វើប្រតិបត្តិការណ៍ឡើង ដោយមនុស្សដែលគ្មានសិទ្ធិ ។

បានរាយការណ៍នៅថ្ងៃទី _____ (កាលបរិច្ឆេទ) នៅ _____ (ម៉ោង)

ទៅ _____

☐ ស្បៀងអាហារត្រូវបានបំផ្លាញនៅក្នុងគ្រោះអកុសល ឬ មហន្តរាយរបស់គ្រួសារ ។ អ្វីបានកើតឡើង និង ពេលណា:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងលើគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ ចំពោះការយល់ដឹងដ៏ខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំក៏ដឹងដែរថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់នូវព័ត៌មានមិនពិត ឬ មិនពេញលេញ ខ្ញុំអាចបាត់បង់សិទ្ធិពីកម្មវិធីបណ្តាអាហារូបត្ថម្ភ, ទទួលពិន័យ, ដាក់ពន្ធធនាគារ ឬ ទាំងបី ។

ហត្ថលេខានៃសមាជិកគ្រួសារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬ អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ (ដែលបានទទួលការប្តូរ) ☛	កាលបរិច្ឆេទ

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

Case Name:
Case Number:
Worker:
Date DFA 303 Received:

PART B - REPLACEMENT BENEFITS

☐ APPROVED - EBT Replacement Date _____

☐ EBT: Authorized Replacement Amount $ _____

☐ DENIED - Reason for Denial (Explain)

_____

_____

_____

_____

SIGNATURE (PERSON AUTHORIZING OR DENYING REQUEST)	DATE

PART C - ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT (OVER THE COUNTER)

RECEIVED BY:	DATE

បទបញ្ញត្តិ : បទបញ្ញត្តិទាំងនេះអាចអនុវត្ត ហើយ លោកអ្នកអាចពិនិត្យនៅការិយាល័យសុខមាលភាពរបស់លោកអ្នក MPP 16-515 ។