استشهاد/اختیارنامه جایگزینی (DFA 303)

دستورالعمل ها: در بخش A مربع (هایی) که به شما مربوط می شوند را تیك بزنید، این فرم را امضاء کرده و در ظرف 10 روز از تاریخ گزارش مفقود شدن برگردانید وگرنه تعویضی صورت نمی گیرد.

بخش A – استشهاد خانوار

اینجانب، _____،

اظهار می دارم که:

☐ کارت انتقال مزایا به صورت الکترونیکی (EBT:Electronic Benefits Transfer) از طریق پست به نشانی زیر دریافت نشد و مزایا توسط یك فرد غیرمجاز وصول شد:

نشانی پستی (شماره، خیابان، صندوق پستی)		
شهر	ایالت	کد پستی
نشانی منزل (اگر فرق می کند) (شماره، خیابان)		
شهر	ایالت	کد پستی

☐ به بخشداری ویا خط تلفنی EBT گزارش داده شد که کارت EBT مفقود شده/به سرقت رفته ویا خط تلفنی EBT نتوانست کارت EBT را لغو کند و مزایا توسط یك فرد غیرمجاز وصول شد.

در روز _____ ساعت _____
تاریخ زمان

به_____ گزارش داده شد

☐ غذا در یك حادثه ویا فاجعه در خانوار از بین رفت. چه اتفاقی افتاد و در چه موقع:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

اینجانب اظهار می دارم که اظهاریه فوق حقیقت داشته و تا آنجایی که می دانم صحت دارد. همچنین آگاهی دارم که اگر اطلاعات نادرست ویا ناقص ارائه کنم ممکن است برای برنامه کوپن غذایی سلب صلاحیت، جریمه، حبس ویا هر سه مورد شوم.

امضاء عضو مسئول خانوار ویا نماینده مجاز (که تعویض را دریافت کرد)	تاریخ

فقط برای استفاده بخشداری

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

مقررات: این مقررات ممکن است اطلاق شود و می توانید آنها را در دفتر رفاه MPP16-515 مرور کنید.