ЗАЯВЛЕНИЕ ПОД ПРИСЯГОЙ/ РАЗРЕШЕНИЕ НА ЗАМЕЩЕНИЕ (DFA 303)

Инструкции: В Части А отметьте все квадратики, относящиеся к вам, подпишите и верните эту форму в течение 10 дней со дня сообщения о потере, иначе мы не сможем возместить потерю.

ЧАСТЬ А - ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

Я, _____,
заявляю, что семейная группа

☐ Карточка электронных расчетов (EBT) не была получена по почте по адресу, указанному ниже и льготами пользовались лица, не имеющие на то право:

Почтовый адрес (номер дома, улица, почтовый ящик)		
Город	Штат	Почтовый индекс
Домашний адрес (Если отличается) (номер дома, улица)		
Город	Штат	Почтовый индекс

☐ Было сообщено округу или по телефонной линии помощи, что карточка EBT была потеряна/украдена и округ или телефонная линия помощи не аннулировала карточку и льготами воспользовались лица, не имеющие на то право.
Сообщено _____ в _____
ДАТА ВРЕМЯ

кому: _____

☐ Продукты были уничтожены в связи с несчастным случаем или бедствием. Что произошло и когда: _____

Я заявляю, что вышеуказанное заявление истинно и достоверно, насколько мне известно. Я также понимаю, что если я не сообщу все факты или предоставлю ложные факты, меня могут лишить права на помощь по программе талонов на питание, оштрафовать, заключить в тюрьму, или все вместе.

ПОДПИСЬ ОТВЕТСТВЕННОГО ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ ЕЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (получившего замену льгот) ☛	ДАТА

COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования)

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 - ACKNOWLEGEMENT OF THE RECEIPT (OVER THE COUNTER)

RECEIVED BY:	DATE

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения округа: MPP 16-515.