

COUNTY USE ONLY (مخصص لاستخدام المقاطعة فقط)

Case Name:
Case Number:
Worker:
Date CF 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

قواعد: قد تنطبق هذه القواعد ويمكنك مراجعة ذلك في مكتب الشؤون الاجتماعية التابع لك MPP 16-515.

استبدال الشهادة / التفويض (CF 303)

إرشادات: في الجزء أ تحقق من المربع أو المربعات التي تنطبق عليك، ووقع عليها ثم أعد هذه الاستمارة خلال عشرة أيام من إبلاغك بفقد البطاقة أو لن يتم تقديم بطاقة بديلة.

الجزء الأول - شهادة الأسرة

أقر أنا، _____،
بأن الأسرة:

☐ لم يتم استلام بطاقة تحويل المزايا إلكترونيًا (EBT) عبر البريد على العنوان المذكور أدناه واستفاد من المزايا شخص غير مفوض:

عنوان المراسلة (رقم المنزل، الشارع، رقم صندوق البريد)

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان المنزل (إذا كان مختلفًا) (الرقم، الشارع)

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

☐ تم إبلاغ المقاطعة عن فقد/سرقة بطاقة تحويل المزايا إلكترونيًا (EBT) أو استُخدم الخط الساخن لبطاقة تحويل المزايا إلكترونيًا (EBT) في الإبلاغ وتم إبلاغ المقاطعة، أو تعذر استخدام الخط الساخن في إلغاء البطاقة واستفاد من المزايا شخص غير مفوض.

تم الإبلاغ يوم _____ الساعة _____
التاريخ الوقت

إلى _____

☐ تلفت المواد الغذائية في حادثة أو كارثة منزلية. ماذا حدث ومتى كان ذلك:

أقر أنا أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة إلى حد علمي. كما أدرك أنه يمكن استبعادي من برنامج CalFresh إذا قدمت معلومات خاطئة أو حقائق غير كاملة، وقد أتأكد بعض الغرامات، أو أسجن، أو الثلاثة معًا.

توقيع عضو الأسرة المسؤول أو الممثل (الحاصل على النيابة)

التاريخ



CF 303 (Arabic) (2/14) REQUIRED FORM - SUBSTITUTES PERMITTED