ՓՈԽԱՐԻՆՄԱՆ ԳՐԱՎՈՐ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔ /ԹՈՒՅԼԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ (DFA 303)

Ուղեցույց: Լրացրեք A բաժնի այն այունակները (տողերը), որոնք բնութագրում են Ձեր իրադրությունը, ստորագրեք այս փաստաթուղթը և վերադարձրեք այն՝ կորստի մասին հայտարարության պահից 10 օրվա ընթացքում: Հակառակ դեպքում կոմպենսացիա չի տրվի:

ԲԱԺԻՆ A – ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԳՐԱՎՈՐ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔ

Ես, _____ հայտնում եմ, որ մեր ընտանիքը,

☐ Նպաստի փոխանցման էլեկտրոնային քարտ (EBT) չի ստացվել փոստով նշված հասցեյով և նպաստներից օգտվելեն անձիք որոնք լիազորված չեն այդ անելու:

Հետևյալ հասցեով (Համար, Փողոց, Փոստարկղ)		
Քաղաք	Նահանգ	Զիփկոդ
Տան հասցեն (Եթե տարբերվում է) (Համար, Փողոց)		
Քաղաք	Նահանգ	Զիփկոդ

☐ Քաունթիին կամ EBT հոտլայնին ջնկուցվել է որ EBT քարտ Նպաստի Փոխանցման Էլեկրոնային քարտ) կորել է/գողացած է և քաունթին, կամ EBT հոտլայնը և քաունթիին,կամ EBT հոտլայնը գեն կարողացել չեղյալ հայտարարել EBT քարտը և նպաստներից օգտվելեն անձիք որոնք լիազորված չեն այդ անելու:

Ջեկուցված է _____ _____
ԹՎԱԿԱՆԸ ԺԱՄԸ

(*ում*)_____

☐ Սենդամթերքը փչացել է ընտանիքի դժբախտության ժամանակ կամ աղետի հետեվանքով: Վոր տեղի է ունեցել երբ.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ես նաև հայտնում եմ, որ վերը նշված ինֆորմացիան ճշմարիտ է և ստույգ: Ես գիտակցում եմ, որ եթե ես ներկայացնեմ ոչ ճշմարիտ և ոչ լրիվ տվյալներ, ապա կարող եմ որակազրկվել՝ կապված արտոնյալ սենդի նպաստի ծրագրի հետ, տուգանվել, բանտարկվել կամ իմ հանդեպ կարող են օգտագործել բոլոր 3 գործողությունները:

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԱՆԴԱՄԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (ՓՈԽՀԱՏՈՒՅՈՒՄ ՍՏԱՅՈՂ ԱՆՁԸ) ☛	ԹՎԱԿԱՆԸ

COUNTY USE ONLY

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

Կանոններ: Տվյալ կանոնները կիրառվելի են և Դուք կարող եք դրանց ծանոթանալ սոցապահովման Ձեր գրասենյակում՝ MPP 16-515.՝