

លិខិតផ្ដេងសប្តាសំរាប់ជំនួយចេញជាថ្មី /ការអនុញ្ញាត (CF 303)

សេចក្ដីណែនាំ ៖ ក្នុងកាត A គួសក្នុងប្រអប់(ច្រើន) ណាដែលត្រូវនិងស្ថានភាពអ្នក ចុះហត្ថលេខា ហើយផ្ញើទម្រង់នេះត្រឡប់មកវិញក្នុងរវាង 10 ថ្ងៃ ចាប់ពីពេលដែល បានរាយការណ៍នៃការបាត់ ឬដែលគេមិនអាចជំនួសថ្មីបាន ។

កាត A - លិខិតផ្ដេងសប្តាសំរាប់ក្រុមគ្រួសារ

ខ្ញុំ, _____, សូមប្រកាសថាក្រុមគ្រួសារ ៖

- ☐ កាតសំរាប់បញ្ជូនជំនួយជាអេឡិចត្រូនិច [Electronic Benefits Transfer (EBT)] មិនបានទទួលតាមសំបុត្រនៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម ហើយជំនួយត្រូវ បានជូនដូរដោយជនដែលមិនមានការអនុញ្ញាត ៖

Table with 3 columns: Address, State, ZIP. Rows for current address and previous address.

- ☐ កាត EBT ត្រូវបានរាយការណ៍ទៅខោនធីថាបានបាត់/លួច ឬរាយការណ៍ទៅ បណ្ដាញពិសេសរបស់ EBT និងខោនធី ឬបណ្ដាញពិសេស EBT មិនបានលុបកាត EBT នោះចេញ ហើយជំនួយត្រូវបានយកជូនដូរដោយជនដែលមិនមានការអនុញ្ញាត ៖

បានរាយការណ៍នៅថ្ងៃ _____ តាមលេខ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____ ម៉ោង _____ ទៅ _____

- ☐ អាហារត្រូវបានបំផ្លាញក្នុងក្រុមគ្រួសារមានភាពទំលក្រ ឬមានសេចក្ដីលំបាក ។ អ្វី ដែលបានកើតឡើង ហើយពេលណា ៖

ខ្ញុំសូមប្រកាសសេចក្ដីផ្ដេងខាងលើគឺពិត ហើយត្រឹមត្រូវទៅតាមការចេះដឹងដ៏ប្រសើរ បំផុតរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា បើសិនជាខ្ញុំផ្តល់អង្គហេតុខុស ឬមិនពេញលេញ ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវ អស់គុណសម្បត្តិពីកម្មវិធី CalFresh, ធាក់ពិន័យ, ជាប់ពន្ធនាគារ, ឬទាំងបី ។

ហត្ថលេខានៃសមាជិកក្រុមគ្រួសារទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ (ដែលទទួលជំនួយចេញជាថ្មី) _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

COUNTY USE ONLY (សំរាប់តែខោនធីប្រើ)

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 _____

វិធាន ៖ វិធាន ៖ វិធានទាំងឡាយនេះអនុវត្ត ហើយ អ្នកអាចពិនិត្យវានៅតាមការិយាល័យ វិលវិញរបស់អ្នក MPP 16-515 ។