شهادت نامه/مجوز جایگزین (CF 303)

دستورالعمل ها: در بخش A کادر(هایی) که در مورد شما صدق می کنند را علامت بزنید، و این فرم را پس از امضا کردن ظرف مدت 10 روز از ضرر بوجود آمده برگردانید چون در غیراینصورت هیچ جایگزینی داده نخواهد شد.

بخش A - شهادت نامه خانوار

اینجانب، _____،

اعلام می نمایم که خانوار:

☐ کارت انتقال الکترونیکی مزایا (EBT - Electronic Benefits Transfer) را در آدرس زیر با پست دریافت نکرده است و مزایا توسط یک شخص غیرمجاز منتقل شده اند:

آدرس پستی (شماره، خیابان، صندوق پستی)		
شهر	ایالت	کدپستی
آدرس منزل (اگر متفاوت است)(شماره، خیابان)		
شهر	ایالت	کدپستی

☐ گزارش دزدیده شدن/گم شدن کارت EBT خود را به کانتی و یا تلفن ویژه EBT و کانتی داده است، یا تلفن ویژه EBT موفق به باطل کردن کارت EBT نشده و مزایای توسط یک شخص غیرمجاز منتقل شده اند.

گزارش شده در _____ (تاریخ) در _____ (زمان)

به _____

☐ غذاهای خود را به دلیل وقوع یک حادثه و یا بخت بد از دست داده است.

شرح اتفاق و زمان آن:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

من اعلام می نمایم که اظهارات فوق صحیح و درست بوده و بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من تنظیم گردیده اند. من همچنین می دانم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا ناقص ممکن است صلاحیت خود را در برنامه CalFresh از دست بدهم، جریمه شوم، با مجازات زندان روبرو گردم، یا تمام آن سه پیامد در مورد من اعمال گردد.

امضای عضو مسئول خانوار یا نماینده (که جایگزین را دریافت کرده است)	تاریخ
☛	

COUNTY USE ONLY (فقط برای استفاده کانتی)

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

قوانین: این قوانین اعمال می گردند و می توانید آنها را در محل دفتر امور رفاهی خود ملاحظه کنید MPP 16-515.