

リプレースメント(再発行)に関する宣誓供述書/承認書 (CF 303)

指示事項: パートAでは、該当するボックスにチェックを入れ、署名し、本文書を喪失報告日またはリプレースメント(再発行)がないとされる日から10日以内に提出してください。

パートA - 世帯に関する宣誓供述

私、_____ は世帯に関し下記事項を宣誓供述します。

- 給付金電子送金カード(EBT)は下記住所に送付されておらず、給付金は第三者により使用されています。

郵送先(住所番号、ストリート名、私書箱)		
都市	州	郵便番号
自宅住所(上記と異なる場合)(住所番号、ストリート名)		
都市	州	郵便番号

- EBT紛失/盗難届けを郡役所、EBTホットラインに報告しましたが、郡役所またはEBTホットラインがEBTの取消しを行わなかったため、給付金は第三者により使用されています。

報告: 日付 _____ 時間 _____
日付 時間

報告先 _____

- 世帯の不幸または災害により食品が腐敗しました。状況および発生日:

私は、私の知る限り上記供述が真実、正確であることを宣言します。また、私は虚偽、不備のある情報を提出した場合、CalFresh(食費助成)の受給資格喪失、罰金、禁固の処置(場合によってはそれら3種すべての処罰が科せられる)を受けることを理解し、承知します。

世帯主の署名または代理人(リプレースメントを受理した者)

日付



COUNTY USE ONLY (郡役所使用欄)

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

規定: 以上の規定が適用されます。これらの規定は該当の福祉事務所で閲覧できます。オフィス MPP 16-515.