

# キャッシュエイド/フードスタンプ手当て自動振込み (ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER - EBT) 依頼書

日付

氏名

ケース番号

郡サービスカウンターでの依頼

- Designated Alternate Card Holder (指定代替カード使用者) の依頼     Authorized Representative (指定代理人) の依頼  
 再度有効にする  
 再発行       カード       PIN (暗証番号)

事由

カードの紛失あるいは盗難の報告は、直ちにフリーダイヤルで 1-877-328-9677 まで電話連絡してください。

- その他 (内容を説明してください)

私は、このサービス依頼書の写しを受領しました。

本人または指定代替カード使用者/指定代理人

電話

日付

DateIssued Card     Yes     No \_\_\_\_\_Issued PIN     Yes     No \_\_\_\_\_Reactivate Account     Yes     No \_\_\_\_\_

Worker Initials \_\_\_\_\_