

재발급 진술서/허가서 (CF 303)

지시사항: 파트 A에서 귀하에게 해당되는 박스에 체크 표시하고 서명한 다음, 본 양식을 분실 신고 후 10일 이내에 제출하십시오. 그렇지 않은 경우 재발급이 안 될 수 있습니다.

파트 A - 세대원 진술서

본인, _____
은(는) 다음을 신고합니다.

- EBT(Electronic Benefits Transfer) 카드를 아래 주소에서 우편으로 수령하지 않았으며, 그 혜택이 허가되지 않은 자에 의해 거래되었습니다.

우편주소(번호, 도로, P.O. Box)		
시	주	우편번호
주택 주소(상기 주소와 다를 경우) (번호, 도로)		
시	주	우편번호

- EBT 카드가 분실/도난으로 카운티 또는 EBT 핫라인에 신고되었으며, 카운티 또는 EBT 핫라인에서 해당 EBT 카드를 무효화하지 않아서 혜택이 허가되지 않은 자에 의해 거래되었습니다.

_____에
날짜 _____ 시간 _____
_____에 신고했음

- 가정의 불행한 상황 또는 재난으로 식품이 훼손되었습니다. 발생한 일과 시기는 다음과 같습니다.

본인은 위의 진술서가 본인이 아는 한 거짓이 없고 정확함을 밝힙니다. 또한, 본인이 잘못되었거나 불충분한 사실을 제공한 경우 CalFresh 프로그램 수혜 자격 상실, 벌금 부과, 감금 또는 세 가지 처분 모두를 받을 수 있음을 알고 있습니다.

책임 있는 세대원 또는 (재발급 카드 수령) 대리인의 서명	날짜

COUNTY USE ONLY (카운티 사용란)

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
--------------	------

규정: 다음 규정이 적용될 수 있으며, 자세한 사항은 복지 사무소에서 확인할 수 있습니다. MPP 16-515.