

**현금 보조 전자급부이체(EBT:ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER) 면제 요청**

	날짜
의뢰인 이름	해당자 번호

카운티에서는 현금 보조 지급 방법을 결정하기 위해 본인이 제출한 정보를 검토할 것입니다.

본인은 다음과 같은 이유로 EBT를 통한 현금 보조 수령을 원치 않습니다:

- 본인은 일시적으로 EBT를 사용할 수 없는 상태에 있습니다. \*
- 본인은 영구적으로 EBT를 사용할 수 없는 상태에 있습니다. \*

\*귀하의 상태를 명백하게 단정짓기 힘들고 미리 증거를 제출하지 않았다면, 귀하가 EBT를 사용할 수 없는 상태라는 것과 이러한 상태가 지속되는 예상 기간이 적힌 이 요청서의 날짜로부터 육십(60)일 이내에 의료기관으로부터 서면 증명서를 받아야 합니다.

기타(설명하십시오): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

증명서를 제출했습니까?       예       아니오       필요하지 않음

면제되었습니까?       예       아니오, EBT를 계속 사용

면제되었을 경우에, 사용할 다른 방법:

- 직접 입금       워런트(Warrant)

의뢰인 서명	전화번호
의뢰인이 통지한 날짜	담당자 이니셜
담당자 이름:	담당자 번호: