ບັນທຶກຄຳໃຫ້ການ/ການອະນຸຍາດສຳລັບການທົດແທນ (CF 303)

ຄຳແນະນຳ: ໃນພາກ A ຈົ່ງໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ, ເຊັນຊື່ ແລະສົ່ງຟອມນີ້ກັບຄືນພາຍໃນ 10 ວັນນັບແຕ່ມີການລາຍງານການສູນເສັຍ ຫຼື ການບໍ່ທົດແທນ.

ພາກ A - ຄຳໃຫ້ການກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນ

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____,
ຂໍແຈ້ງວ່າ ຄົວເຮືອນ:

☐ ບໍ່ໄດ້ຮັບບັດໂອນຜົນປະໂຫຍດທາງອິເລັກໂຕຣນິກ (EBT) ທາງໄປສະນີຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະຜົນປະໂຫຍດໄດ້ຖືກຈັດການໂດຍບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ເລກທີ, ຖະໜົນ, ຕູ້ໄປສະນີ)

_____

ເມືອງ ຣັຖ ລະຫັດໄປສະນີ

_____

ທີ່ຢູ່ເຮືອນ (ຖ້າວ່າແຕກຕ່າງ) (ເລກທີ, ຖະໜົນ)

_____

ເມືອງ ຣັຖ ລະຫັດໄປສະນີ

_____

☐ ໄດ້ມີການລາຍງານໄປທີ່ຄາວຕີ້ ຫຼື ໄປທີ່ສາຍໂທຣດ່ວນ EBT ວ່າບັດ EBT ເສັຍ/ຖືກລັກ ແລະທາງຄາວຕີ້, ຫຼື ສາຍໂທຣດ່ວນ EBT ກໍບໍ່ໄດ້ຍົກເລີກບັດ EBT ແລະຜົນປະໂຫຍດໃນບັດໄດ້ຖືກຈັດການໂດຍບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ລາຍງານໃນວັນທີ _____ ເວລາ _____

ເຖິງ_____

☐ ອາຫານຖືກທຳລາຍໃນຄວາມໂຊກຮ້າຍຂອງຄົວເຮືອນ ຫຼື ໄພພິບັດເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ແລະເມື່ອໃດ:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ ຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງນີ້ຖືກຕ້ອງແລະເປັນຈິງຕາມຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈອັນດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຂ້າພະເຈົ້າອາດບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການ CalFresh, ຖືກປັບໄໝ, ຈຳຄຸກ, ຫຼື ທັງສາມຢ່າງ.

ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ຕົວແທນ (ຜູ້ທີ່ຮັບການທົດແທນ) ☛	ວັນທີ

COUNTY USE ONLY (ສຳລັບຄາວຕີ້ນຳໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ)

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

ກົດລະບຽບ: ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ ແລະທ່ານສາມາດກວດກາຄືນໄດ້ ທີ່ຫ້ອງການສະຫວັດດີການຂອງທ່ານທີ່ MPP 16-515.