

DECLARAÇÃO JURAMENTADA/AUTORIZAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (CF 303)

Instruções: na Parte A, marque as caixas que se aplicam a você, assinhe e devolva este formulário dentro de 10 dias da perda relatada ou nenhuma substituição poderá ser feita.

PARTE A - DECLARAÇÃO JURAMENTADA DA RESIDÊNCIA

Eu, _____, declaro que a residência:

- O cartão de transferência eletrônica de benefícios (Electronic Benefits Transfer, EBT) não foi recebido pelo correio no endereço abaixo e os benefícios foram retirados por uma pessoa não autorizada:

Endereço de correspondência (número, rua, caixa postal)		
Cidade	Estado	CEP
Endereço residencial (se diferente) (número, rua)		
Cidade	Estado	CEP

- O cartão EBT foi relatado como perdido/roubado ao condado ou à linha direta do EBT, e o condado ou a linha direta do EBT falhou em cancelar o cartão e os benefícios foram retirados por uma pessoa não autorizada.

Relatado em _____ às _____
DATA HORA
 a _____

- Alimentos destruídos em infortúnio ou desastre na residência. O que aconteceu e quando:

Eu afirmo que a declaração acima é verdadeira e correta no melhor do meu conhecimento. Eu também entendo que, se fornecer fatos incorretos ou incompletos, posso ser desqualificado do Programa CalFresh, multado, preso ou os três.

ASSINATURA DO MEMBRO OU REPRESENTANTE RESPONSÁVEL DA RESIDÊNCIA (QUE OBTVEU A SUBSTITUIÇÃO)	DATA

COUNTY USE ONLY (USO DO CONDADO APENAS)

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

Regras: Essas regras podem se aplicar e você pode revisar no escritório da assistência social MPP 16-515.