

АФФИДЕВИТ О ЗАМЕНЕ/РАЗРЕШЕНИЕ (CF 303)

Инструкции: В разделе А отметьте, какой квадрат(ы) относится к вам, подпишите и верните эту форму в течение 10 дней со дня указанной утраты или замена не сможет быть произведена.

РАЗДЕЛ А - АФФИДЕВИТ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

Я, _____
заявляю, что в семейной группе:

- Карта электронного перевода льгот (EBT) не была получена по почте, по адресу, указанному ниже и транзакция льгот была произведена неуполномоченным лицом:

Почтовый адрес (Номер, Улица, P.O. Box)		
Город	Штат	Индекс
Домашний адрес (если отличается) (Номер, Улица)		
Город	Штат	Индекс

- Было сообщено округу или на прямую линию связи EBT, что карта EBT была утеряна/украдена и округ или работники прямой линии EBT не отменили карту EBT и транзакция льгот была произведена неуполномоченным лицом.

Сообщено _____ числа в _____
ДАТА ВРЕМЯ

КОМУ

- Еда уничтожена из-за несчастья в семейной группе или из-за бедствия. Что произошло и когда:

Я заявляю, что насколько мне известно, утверждение выше верно и правильно. Я также понимаю, что если я предоставлю факты не полностью или неправильно, меня могут дисквалифицировать с программы CalFresh, оштрафовать заключить в тюрьму или применить все три наказания.

ПОДПИСЬ ОТВЕТСТВЕННОГО ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ПОЛУЧИВШЕГО ЗАМЕНУ)

ДАТА



COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

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

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP 16-515.