

APIDABIT/AWTORISASYON SA PAGPAPALIT (CF 303)

Mga Tagubilin: Sa Bahagi A lagyan ng tsek kung aling (mga) kahon ang angkop sa inyo, pirmahan at ibalik ang pormang ito sa loob ng 10 araw pagkaraan ng inyong iniulat na pagkawala o walang pagpapalit na magagawa.

BAHAGI A - APIDABIT NG SAMBAHAYAN

Ako, si _____, ay nagpapahayag tungkol sa sambahayan na:

- Ang Electronic Benefits Transfer (EBT) card ay hindi natanggap sa koreo sa direksiyong nasa ibaba at ang mga benepisyo ay nagawan ng transaksyon ng isang hindi pinahintulutang tao:

Direksiyong Pangkoreo (Numero, Kalye, P.O. Box)		
Lungsod	Estado	Zip
Direksiyon ng Tirahan (Kung Iba) (Numero, Kalye)		
Lungsod	Estado	Zip

- Ang EBT card ay iniulat na nawala/ninakaw sa county o sa EBT hotline at ang county, o ang EBT hotline ay nabigong kanselahin ang EBT card at ang mga benepisyo ay nagawan ng transaksyon ng isang hindi pinahintulutang tao.

Iniulat noong _____ sa _____
PETSA ORAS

- Nasira ang mga pagkain sa kapahamakan o kalamidad ng sambahayan. Ano ang nangyari at kailan:

Ipinahahayag ko na ang pahayag sa itaas ay totoo at wasto sa abot ng aking kaalaman. Naiintindihan ko rin na kung magbigay ako ng mali o di-kumpletong pahayag ako ay maaaring madiskwalipika mula sa CalFresh Program, mamultahan, mabilanggo, o lahat ng tatlo.

PIRMA NG RESPONSABLENG MIYEMBRO O KINATAWAN NG SAMBAHAYAN (NA TUMANGGAP NG PAGPAPALIT)	PETSA
--	-------

COUNTY USE ONLY (SA PAGGAMIT NG COUNTY LAMANG)

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

Mga Tuntunin: Ang mga tuntuning ito ay maaaring pairalin at maaari ninyong repasuhin sa inyong opisina ng welfare MPP 16-515.