

ЗАЯВА ПІД ПРИСЯГОЮ/ДОЗВІЛ НА ЗАМІНУ (ФОРМА CF 303)

Указівки. У частині А установіть прапорець в одному або кількох полях, які вам підходять, поставте підпис і поверніть цю форму протягом 10 днів від дати повідомлення про втрату. В іншому випадку, заміна буде неможливою.

ЧАСТИНА А – ЗАЯВА РОДИНИ

Я, _____,
стверджую, що родина опинилася в таких умовах:

- ☐ Картка електронних виплат соціальної допомоги (EBT) не надходила поштою на адресу, наведену нижче, і пільги були використані неповноваженою особою.

Поштова адреса (номер будинку, вулиця, поштова скринька)

Місто Штат Поштовий індекс

Домашня адреса (якщо відрізняється) (номер будинку, вулиця)

Місто Штат Поштовий індекс

- ☐ В Округ або в службу підтримки карток EBT було повідомлено про втрату або викрадення картки EBT, але працівники Округу чи служби підтримки карток EBT не скасували цю картку, тому пільги на ній було використано неповноваженою особою.

Повідомлено _____ о _____
ДАТА ЧАС
працівнику такої установи: _____

- ☐ Продовольчі продукти родини знищені внаслідок нещасного випадку або лиха. Опишіть, що саме трапилось і коли:

Я стверджую, що, наскільки мені відомо, наведена вище заява є правдивою та правильною. Я також усвідомлюю, що в разі надання неправдивих або неповних фактів мене може бути позбавлено права участі в продовольчій програмі CalFresh, оштрафовано, ув'язнено або застосовано до мене всі три варіанти.

ПІДПИС ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЧЛЕНА РОДИНИ АБО ПРЕДСТАВНИКА
(ЯКИЙ ОТРИМАВ ЗАМІНУ)

ДАТА



COUNTY USE ONLY (ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ)

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. Застосовуються такі правила. Ви можете ознайомитися з ними у відділі соціального забезпечення: MPP 16-515.