ЗАЯВА ПІД ПРИСЯГОЮ/ДОЗВІЛ НА ЗАМІНУ (DFA 303)

Інструкції: У Частині А відзначте усі квадратики, які вас стосуються, підпишіть та поверніть дану форму протягом 10 днів з моменту заяви про втрату; в іншому випадку ми не зможемо здійснити заміну.

ЧАСТИНА А – ЗАЯВА РОДИНИ ПІД ПРИСЯГОЮ

Я, _____,
стверджую, що цією родиною:

☐ Картка електронного переказу пільг (EBT) не була отримана поштою за зазначеною нижче адресою, та пільгами користувалися особи, які не мали на це права:

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 на гарячу лінію EBT було повідомлено про втрату/ викрадення картки EBT, або гаряча лінія EBT не змогла анулювати картку, та пільгами користувалась особа, яка не мала на це права.

Повідомлено _____ про _____
ДАТА ЧАС

Кому _____

☐ Продукти були знищені через нещасний випадок або катастрофу. Що сталося і коли:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Я стверджую, що вищезазначена інформація правдива та правильна, наскільки мені відомо. Я також розумію, якщо я повідомлю неправдиву або неповну інформацію, мене можуть дискваліфікувати у Програмі Талонів на Харчування, оштрафувати, ув'язнити, або застосувати усі ці покарання.

ПІДПИС ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЧЛЕНА РОДИНИ АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА (ЩО ОТРИМАВ ЗАМІНУ) ☛	ДАТА

COUNTY USE ONLY

Case Name:
Case Number:
Worker:
Date DFA 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 і ви можете ознайомитися з ними у відділі соціального забезпечення MPP 16-515.