

AUXÍLIO FINANCEIRO/TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA DE BENEFÍCIO VALE-REFEIÇÃO – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE EBT

DATA _____

NOME DO CLIENTE	NÚMERO DO CASO
-----------------	----------------

Solicitação de cálculo do serviço do condado

- Solicitação do proprietário de cartão alternativo designado
 Solicitação de representante autorizado
 Reativar
 Substituir Cartão PIN

Explicar _____

Se você estiver aqui para informar a perda ou roubo de um cartão EBT, ligue gratuitamente para 1-877-328-9677 IMEDIATAMENTE.

Outros (*Explicar*) _____

Recebi uma cópia desta solicitação de serviço.		
CLIENTE OU PROPRIETÁRIO DE CARTÃO/REPRESENTANTE AUTORIZADO ALTERNATIVO DESIGNADO	TELEFONE	DATA

			<u>Date</u>
Issued Card	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Issued PIN	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Reactivate Account	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Worker Initials	_____		