

ՀԱՐՑՈՒՄ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՍՏԻ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ - EBT -ից ԱԶԱՏՈՒՄ

ԹՎԱԿԱՆ

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆԸ ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐԸ

Իմ կողմից ներկայացված փաստերի հիման վրա Բաուսթին կորոշի, թե՞ ինչ տեսքով կվճարվի ինձ իմ դրամական նպաստը:

Ես չեմ ուզում ստանալ դրամական նպաստը EBT քարտով, քանի որ.

Կան Ժամանակավոր Հանգամանքներ, որոնք ինձ խանգարում են օգտվելու EBT քարտից: *

Կան Մշտական Հանգամանքներ, որոնք ինձ խանգարում են օգտվելու EBT քարտից: .*

*Դուք պետք է ներկայացնեք գրավոր հաստատում, տրված բժշկական հաստատության կողմից (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ Ձեր հանգամանքները ակընհայտ են, կամ էլ գործին առընչվող փաստաթղթերը արդեն ներկայացված են եղել ավելի քան 60 օրերի ընթացքում, հաշված տվյալ հարցման օրից); որտեղ շարադրված կլինեն այն հանգամանքները, որոնք Ձեզ խանգարում են օգտագործել EBT քարտը: Պետք է նշված լինի նաև այն ժամանակահատվածը, որում տվյալ հանգամանքը գործելու է:

Այլ (*Բացատրեք*). _____

Հաստատում նախատեսված է Այո Ոչ Կարիք չկա

Ազատում տրվել է Այո Ոչ, շարունակել EBT-ին

Եթե Այո, կօգտագործվի ուրիշ մեթոդ

Ուղղակի Ներդրում Վճարման Փաստաթուղթ

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՀԵՌԱՆՈՍ
ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԾԱՆՈՒՅՆԼՈՒ ԹՎԱԿԱՆԸ	ԾԱՌԱՅՈՂԻ ՍԿԶԲՆԱՏԱՌԵՐԸ
ԾԱՌԱՅՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԾԱՌԱՅՈՂԻ ՀԱՄԱՐԸ