ՓՈԽԱՐԻՆՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ/ԵՐԴՄԱՄԲ ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԳՐԱՎՈՐ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔ (CF 303)

Ցուցումներ. մաս Ա-ում նշեք Ձեզ կիրառելի վանդակը(ները), ստորագրեք ու վերադարձրեք այս ձևը Ձեր զեկուցված կորստի ամսաթվից 10 օրվա ընթացքում, հակառակ դեպքում՝ փոխարինում չի կատարվի:

ՄԱՍ Ա - ԿԵՆՑԱՂԻ ԵՐԴՄԱՄԲ ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԳՐԱՎՈՐ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔ

Ես,_____ ,
հայտարարում եմ, որ կենցաղի՝

☐ Էլեկտրոնային նպաստների փոխանցման (Electronic Benefits Transfer, EBT) քարտը չի ստացվել ներքոնշյալ հասցեով, և նպաստները ստացվել են լլիազորված անձի կողմից.

Փոստային հասցեն (շենքի համար, փողոց, փոստային արկղ)		
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ
Տան հասցեն (եթե տարբերվում է) (շենքի համար, փողոց)		
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ

☐ EBT քարտը զեկուցվել է որպես կորցված/գողացված վարչաշրջանին կամ EBT թեժ գծին, իսկ վարչաշրջանը կամ EBT թեժ գիծը չեն չեղարկել EBT քարտը, և նպաստները ստացվել են լլիազորված անձի կողմից:

Զեկուցվել է _____ օրը, ժամը _____
ԱՄՍԱԹԻՎ ԺԱՄ
_____-ին:

☐ Սնունդը ոչնչացվել է կենցաղում տեղի ունեցած պատահարի կամ աղետի հետևանքով: Ինչ է տեղի ունեցել և երբ.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ես հայտարարում եմ, որ վերոնշյալ հայտարարությունը ճշմարիտ է և ստույգ, որքանով որ ինձ հայտնի է: Ես նույնպես հասկանում եմ, որ եթե ես սխալ կամ թերի տվյալներ ներկայացնեմ, ես կարող եմ որակազրկվել CalFresh ծրագրից, տուգանվել, կալանավորվել կամ բոլորը միասին:

ԿԵՆՑԱՂԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԱՆԴԱՄԻ ԿԱՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ (ՈՎ ՍՏԱՑԵԼ Է ՓՈԽԱՐԻՆՈՒՄԸ) ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ☛	ԱՄՍԱԹԻՎ

COUNTY USE ONLY (ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ)

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

Կանոններ. այս կանոնները կարող են կիրառվել, և կարող եք վերանայել դրանք Ձեր վելֆերի գրասենյակում MPP 16-515: