再発行承諾宣誓供述書 (DFA 303)

手順：この書式の Part A で、あなたに該当するボックスをチェックしてから署名をし、紛失後 10 日以内に返送してください。これを提出しないと再発行されません。

PART A - 家庭の宣誓供述書 (AFFIDAVIT)

私、_____は、私の家庭に関し次のことを宣言します。

☐ 自動給付振込み (EBT) カードが、下記の住所に郵送されず、給付が、指定されていない人物により利用されています。

郵送先 (Mailing Address: Number, Street または P.O. Box)		
市 (City)	州 (State)	Zip
家庭の住所 (異なる場合) (Number, Street)		
市 (City)	州 (State)	Zip

☐ EBT カードの紛失／盗難は郡に報告されているか、郡とEBT ホットラインに報告されているか、もしくは郡または EBT ホットラインが EBT カードのキャンセルをせず、このため、給付が指定されていない人物に利用されています。

_____ 日 _____ 時に報告
日付　　時刻

報告先：_____

☐ 家庭内の事故あるいは災害により食料がだめになってしまいました。起きた事柄と日付：

_____
_____
_____
_____
_____
_____

私は、上記の陳述が私の知る限りにおいて真実で正しいことをここに宣言します。私は、虚偽あるいは不完全な事実を述べるとフードスタンププログラムの受給資格を失ったり、罰金刑や禁固刑等に処せられる可能性があることを了解しています。

家庭構成員の責任者または指定代理人 (再発行される者) の署名 ☛	日付

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

規則: これらの規則が該当しますが、福祉事務所で確認することができます MPP 16-515。