ເອກະສານໃຫ້ການ/ການອະນຸມັດເພື່ອປ່ຽນແທນ (DFA 303)

ຄຳແນະນຳ: ໃນ Part A ການກະບາດຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານ, ເຊັນ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ ພາຍໃນ 10 ວັນພາຍຫຼັງການລາຍງານການເສຍຂອງທ່ານ ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ຈະບໍ່ສາມາດປ່ຽນແທນ ໃຫ້ທ່ານໄດ້.

PART A - ເອກະສານໃຫ້ການຂອງຄອບຄົວ

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____,
ຢັ້ງຢືນວ່າ ຄອບຄົວ:

☐ ບໍ່ໄດ້ຮັບບັດໂອນເງິນສະຫວັດດີການທາງອີເລັກໂຕຣນິກ (EBT) ທີ່ມີການສົ່ງ ທາງໄປ ສະນີຕາມທີ່ຢູ່ດັ່ງລຸມນີ້ແລະເງິນສະຫວັດດີການໄດ້ຖືກໃຊ້ໂດຍຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ເລກທີ, ຖະໜົນ, ຕູ້ປນ)		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ທີ່ຢູ່ບ້ານ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ) (ເລກທີ, ຖະໜົນ)		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

☐ ບັດ EBT ໄດ້ຖືກລາຍງານວ່າເສຍ/ຖືກລັກ ແກ່ເທດສະບານ ຫຼື ສາຍດ່ວນ EBT ແລະ ເທດສະບານ, ຫຼື ສາຍດ່ວນ EBT ບໍ່ໄດ້ຍົກເລີກບັດ EBT ແລະສະຫວັດດີການໄດ້ ຖືກໃຊ້ໂດຍ ບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ລາຍງານ ວັນທີ _____ ທີ່ _____
ວັນທີ ເວລາ

ເຖິງ_____

☐ ອາຫານຖືກທຳລາຍເນື່ອງຈາກໂຊກຮ້າຍໃຄອບຄົວ ຫຼື ໄພພິບັດ. ແມ່ນຫຍັງເກີດຂຶ້ນ ແລະ ເມື່ອໃດ:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນว่า ຄຳໃຫ້ການຂ້າງເທິງເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທຸກປະການ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ว่า ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຖືກຕັດສິດຈາກໂຄງການຄາອາຫານ, ປັບໄໝ, ຈຳຄຸກ ຫຼື ທັງສາມກໍລະນີ.

ລາຍເຊັນສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ (ຜູ້ທີ່ຮັບການປ່ຽນແທນ) ☛	ວັນທີ

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

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

ກົດລະບຽບ: ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ ມີຜົນສັກສິດ. ທ່ານອາດທົບທວນກົດລະບຽບດັ່ງກ່າວ ທີ່ສຳນັກງານປະຊາສົງເຄາະຂອງທ່ານ. MPP 16-515