

DECLARAÇÃO SOB JURAMENTO/AUTORIZAÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO (DFA 303)

Instruções: Na Parte A, marque a(s) caixa(s) que se aplica a você, assine e devolva este formulário 10 dias após a perda informada ou não poderá ser feita a substituição.

PARTE A – DECLARAÇÃO SOB JURAMENTO DA RESIDÊNCIA

Eu, _____, declaro o seguinte referente à residência:

- O cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) não foi recebido no endereço abaixo e os benefícios foram conduzidos por uma pessoa não autorizada:

Endereço de entrega (rua, número)		
Cidade	Estado	CEP
Endereço residencial (se for diferente) (rua, número)		
Cidade	Estado	CEP

- Foi informada a perda/roubo do cartão EBT ao condado ou à central de atendimento EBT e o condado ou a central de atendimento EBT não cancelou o cartão EBT e os benefícios foram conduzidos por uma pessoa não autorizada.

Informado em _____ às _____
DATA HORA

para _____

- Alimento destruído durante acidente ou desastre na residência. Eis o que aconteceu e quando:

Declaro que, tanto quanto é do meu conhecimento, a afirmação acima é verdadeira e correta. Também compreendo que, se fornecer fatos errados ou incompletos, poderei ser desqualificado do Programa Food Stamp, multado, encarcerado, ou os três.

ASSINATURA DA PESSOA RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA OU REPRESENTANTE AUTORIZADO (QUE POSSUA A SUBSTITUIÇÃO)

DATA

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

Regras: Estas regras podem ser aplicáveis. Analise-as no seu escritório de assistência social MPP 16-515.