ਬਦਲੀ ਲਈ ਹਲਫਨਾਮਾ/ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ (ਡੀ.ਐੱਫ.ਏ. 303)

ਹਿਦਾਇਤਾਂ: ਭਾਗ ਏ 'ਚ ਆਪਣੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ(ਖਾਨਿਆਂ) 'ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਸੂਚਤ ਨੁਕਸਾਨ ਦੇ 10 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜ ਦਿਓ ਜਾਂ ਕੋਈ ਬਦਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇਗੀ।

ਭਾਗ ਏ - ਪਰਵਾਰਿਕ ਹਲਫਨਾਮਾ

ਮੈਂ, _____,
ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਰਵਾਰਿਕ:

☐ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਬੈਨੇਫਿਟਸ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (ਈ.ਬੀ.ਟੀ.) ਕਾਰਡ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਸੀ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ:

ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ, ਸਟ੍ਰੀਟ, ਪੀ.ਓਬਾੱਕਸ)		
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਵੱਖਰਾ ਹੋਵੇ) (ਨੰਬਰ, ਸਟ੍ਰੀਟ)		
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ

☐ ਕਾਉਂਟੀ ਜਾਂ ਈ.ਬੀ.ਟੀ. ਹੌਟਲਾਈਨ ਨੂੰ ਈ.ਬੀ.ਟੀ. ਕਾਰਡ ਦੇ ਗੁਆਚਣ/ਚੋਰੀ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਸੂਚਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਜਾਂ ਈ.ਬੀ.ਟੀ. ਹੌਟਲਾਇਨ ਨੂੰ ਈ.ਬੀ.ਟੀ. ਕਾਰਡ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬ ਰਹੀ ਸੀ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

_____ ਨੂੰ _____ 'ਤੇ ਸੂਚਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
ਮਿਤੀ ਸਮਾਂ

_____ ਨੂੰ

☐ ਪਰਵਾਰਿਕ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਬਿਪਤਾ 'ਚ ਭੋਜਣ ਨਸ਼ਟ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ। ਕੀ ਹੋਇਆ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ:

_____

ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਬਿਆਨ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਤਾਬਕ ਸੱਚ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਗਲਤ ਜਾਂ ਅਧੂਰੇ ਤੱਥ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ 'ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਲਈ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੇਲ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਸਭ ਤਿੰਨ ਕੰਮ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ (ਬਦਲੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ) ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ:	ਮਿਤੀ
☛	

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

ਨਿਯਮ: ਇਹ ਨਿਯਮ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਕਲਿਆਣ ਦਫਤਰ ਐੱਮ.ਪੀ.ਪੀ. 16-515 'ਚ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।