ЗАЯВЛЕНИЕ ПОД ПРИСЯГОЙ/ РАЗРЕШЕНИЕ НА ЗАМЕЩЕНИЕ (DFA 303)

Инструкции: В Части А отметьте все квадратики, относящиеся к вам, подпишите и верните нам эту форму в течение 10 дней со дня сообщенной потери талонов, иначе мы не сможем их заместить.

ЧАСТЬ А - ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

Я, _____,
заявляю, что семейная группа

☐ **Не получила по почте**
- ☐ Разрешение на участие (ATP) или другой Разрешающий документ (AD)
- ☐ _____
- ☐ Льготы программы талонов на питание на период _____

по Почтовому адресу (номер дома, улица, почтовый ящик)		
Город	Штат	Почтовый индекс
Домашний адрес (Если отличается) (номер дома, улица)		
Город	Штат	Почтовый индекс

☐ **Получила разрешающий документ ATP/AD на период**_____.
но он был: ☐ Украден ☐ Уничтожен ☐ Другое

☐ **Получила льготы программы талонов на питание на период** _____.
но они были уничтожены. Уничтоженная сумма $ _____.

☐ **Купила продукты, потратив талоны на питание,** но продукты были уничтожены. Уничтожено продуктов на сумму $ _____.

☐ **Другое**

Объясните, что произошло и когда:

Я также заявляю, что если когда-либо я получу вышеуказанные разрешения или талоны на питание, я верну их в:

Я заявляю, что вышеуказанное заявление истинно и достоверно, насколько мне известно. Я также понимаю, что если я не сообщу все факты или предоставлю ложные факты, меня могут лишить права на помощь по программе талонов на питание, оштрафовать, заключить в тюрьму, или все вместе.

ПОДПИСЬ ОТВЕТСТВЕННОГО ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ ЕЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
☛	

ЧАСТЬ Б - РАСПИСКА В ПОЛУЧЕНИИ (ПОЛУЧЕНО ЛИЧНО В ОФИСЕ)

Я удостоверяю, что я получил замещение на сумму $_____

☐ ATP/AD ☐ Льготы талонов на питание

☐ _____

ПОДПИСЬ ОТВЕТСТВЕННОГО ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ ЕЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ПОЛУЧИВШЕГО ЗАМЕЩЕНИЕ)	ДАТА

COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования)

Case Name:
Case Number:
Worker:
Date DFA 303 Received:

PART C - BENEFIT LOSS

Loss : ☐ ATP/AD ☐ Food Stamp Benefits ☐ Food
Issuance: ☐ Certified/Registered Mail ☐ Regular Mail ☐ OTC
Date Original Benefit Issued: _____ Date Loss Reported: _____

Type of Loss/Disaster: _____ Value of Food Coupon Allotment: $ _____

Source of Verification: _____

Confirmed that reported loss was not returned on _____ (Date)

PART D - REPLACEMENT AUTHORIZATION

Other replacements received by the household during the last 6 months:
- ☐ Countable (Loss to CWD) $ _____
- ☐ Noncountable (No Loss to CWD) $ _____
- ☐ Determination Pending

☐ APPROVED
- ☐ ATP Serial No.: _____ Authorized Replacement Amount $ _____
- ☐ Food Stamp Benefits $ _____
- ☐ _____ $ _____

☐ DENIED
Reason for Denial (Explain):

NAME OF PERSON AUTHORIZING/DENYING REQUEST	DATE