TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE BENEFICIOS - EBT

Reclamo del cliente

	FECHA
NOMBRE DEL CLIENTE	NUMERO DEL CASO

Fecha :_____ Hora: _____ Cantidad: $_____

Lugar:_____

Por favor incluya el recibo de EBT u otro comprobante.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida

☐ Cantidad incorrecta de crédito

☐ Cantidad incorrecta de débito

☐ Ninguna transacción hecha en la fecha indicada

☐ Otro *(explique)*:_____

Díganos los hechos: _____

Yo sé que el condado verificará los hechos que yo proporcione. Se me notificará sobre la decisión del condado. Cualquier cantidad que se me deba se pondrá en mi cuenta de EBT. Cualquier cantidad que yo deba se quitará de mi saldo, y si no es suficiente, se usarán mis beneficios del próximo mes.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA