

DECLARACIÓN JURADA PARA UN REEMPLAZO O SUPLEMENTO/AUTORIZACIÓN (CF 303)

Instrucciones: En la Sección A, marque la casilla(s) que aplica a usted, firme y devuelva esta forma antes de que pasen 10 días de la fecha en que se reportó su pérdida, o no se podrá hacer ningún reemplazo.

INFORMACIÓN ACTUAL DEL GRUPO

Nombre: _____

Dirección: _____

SECCIÓN A - DECLARACIÓN JURADA DEL GRUPO

Yo, _____,

declaro que el grupo:

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

- No se recibió en el correo la tarjeta de EBT en la dirección mencionada abajo y una persona no autorizada usó los beneficios:

Dirección para el correo (Número, calle, P.O. Box)

Ciudad Estado Código Postal

Dirección del hogar(si es diferente)(Número,calle)

Ciudad Estado Código Postal

- Se reportó al condado o a la línea de información de EBT que la tarjeta de EBT había sido perdida o robada; y el condado o la línea EBT no canceló la tarjeta de EBT y una persona no autorizada usó los beneficios.

Se reportó en _____ a las _____
Fecha Hora
a _____

REEMPLAZO

- Se dañó la comida en una desgracia o un desastre del grupo. Lo que sucedió y cuándo:

SUPLEMENTO

- Mi grupo sufrió una o más de una experiencia adversa (pérdida de ingresos, recursos activos inaccesibles, o gastos propios no reembolsables relacionados a un desastre) como resultado de un desastre reciente que sucedió en mi condado donde vivo. Lo que sucedió y cuándo:

Declaro que la declaración anterior es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. También entiendo que si doy información errónea o incompleta, me pueden descalificar del Programa de CalFresh, multar, encarcelar o podré recibir estos tres castigos.

Firma del Miembro Responsable del Grupo o Representante _____ Fecha _____

SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO

Case Name: _____

Case Number: _____

Worker: _____

Date CF 303 Received: _____

PART B - REPLACEMENT/SUPPLEMENT BENEFITS

- APPROVED - EBT Replacement Date _____
- APPROVED - Benefit Replacement Date _____
- APPROVED - Benefit Replacement Amount \$ _____
- APPROVED - Disaster Supplement Date _____
- APPROVED - Disaster Supplement Amount \$ _____
- DENIED - Reason for Denial (Explain)

Signature (Person Authorizing Or Denying Request) _____ Date _____

Reglas: Es posible que estas reglas apliquen y usted puede revisarlas en su oficina de bienestar público MPP 16-515.