

BẢN KHAI PHÚC LỢI THAY THẾ HOẶC BỔ SUNG DO THIÊN TAI (CF 303)

Hướng dẫn: Đánh dấu vào (các) ô thích hợp cho hộ gia đình quý vị, sau đó ký tên và gửi lại mẫu đơn này Xin lưu ý, quý vị phải nộp đơn này trong vòng 10 ngày kể từ ngày quý vị báo mất thực phẩm, nếu không hộ gia đình quý vị sẽ không đủ tiêu chuẩn nhận phúc lợi thay thế.

Điều Trần Cấp Tiểu Bang: Nếu quý vị nghĩ rằng quyết định này là không đúng, quý vị có thể yêu cầu đề ra điều trần. Mặt sau của trang này cho quý vị biết cách thức. Phúc lợi của quý vị có thể không bị thay đổi nếu quý vị yêu cầu được điều trần trước ngày biện pháp này được thi hành.

THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH HIỆN TẠI

Tên: _____

Địa Chỉ: _____

Số điện thoại: _____

PHÚC LỢI BỔ SUNG DO THIÊN TAI

- Hộ gia đình tôi sống trong một khu vực được chính phủ liên bang công bố với hỗ trợ cá nhân, và tôi đã gánh chịu một hoặc nhiều tác động xấu do hậu quả của thiên tai.

Tôi tuyên bố thông tin ở trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai hoặc không đầy đủ, tôi có thể bị loại khỏi Chương trình CalFresh, bị phạt, bị bỏ tù, hoặc cả ba.

BẢN KHAI HỘ GIA ĐÌNH

Tôi, _____,

xin khai rằng hộ gia đình:

THẺ CHUYỂN PHÚC LỢI ĐIỆN TỬ (EBT)

- Thẻ EBT đã không được nhận tại địa chỉ dưới đây và phúc lợi đã được sử dụng bởi một người không có quyền sử dụng:

Địa chỉ gửi thư (Số, Đường phố, Hộp thư P.O.Box)

Thành phố Tiểu bang Số Zip

- ã báo cáo với quận hoặc với đường dây nóng EBT và quận rằng thẻ EBT đã bị mất/đánh cắp, hoặc đường dây nóng EBT đã không hủy thẻ EBT và phúc lợi đã được sử dụng bởi một người không có quyền sử dụng. Đã báo cáo vào ngày _____ lúc _____ Ngày _____ Giờ _____.

PHÚC LỢI THAY THẾ

- Thực phẩm bị phá hủy do rủi ro của hộ gia đình hoặc thiên tai. Điều gì đã xảy ra và khi nào::



Chữ ký của Thành Viên Hộ Gia Đình
Có Trách Nhiệm hoặc Đại Diện

Ngày

COUNTY USE ONLY

Case Name: _____

Case Number: _____

Worker: _____

Date CF 303 Received: _____

REPLACEMENT/DISASTER SUPPLEMENT

APPROVED -EBT Replacement Date _____

APPROVED- Benefit Replacement Date _____

Benefit Replacement Amount \$ _____

APPROVED - Disaster Supplement Date _____

Disaster Supplement Amount \$ _____

DENIED - Reason for Denial (Explain)

Signature (Person Authorizing Or
Denying Request)

Date

Rules: These rules may apply and you may review at your welfare office MPP 16-515 and 16-517.