

DECLARACIÓN JURADA/AUTORIZACIÓN DE REEMPLAZO (CF 303)

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

PARTE A - DECLARACIÓN JURADA DEL GRUPO PARA FINES DE CALFRESH (GRUPO)

Yo, _____, declaro lo siguiente en relación al grupo:

- No se recibió en el correo la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en la dirección que se menciona a continuación y una persona no autorizada hizo una transacción con respecto a los beneficios:

Dirección para el correo (número, calle, apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección del hogar (si es diferente) (número, calle)		
Ciudad	Estado	Código postal

- Se reportó que la tarjeta de EBT se perdió/fue robada. Esto fue reportado al Condado o a la línea de información de EBT, o a ambos, o la línea de información de EBT no canceló la tarjeta de EBT y una persona no autorizada hizo una transacción con respecto a los beneficios.

Fue reportado en _____ a la(s) _____
FECHA HORA

a _____.

- Se dañó la comida en una calamidad o desastre que el grupo sufrió. ¿Qué pasó 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, puedo quedar descalificado del Programa de CalFresh, me pueden imponer una multa, encarcelar, o me pueden imponer las tres sanciones.

FIRMA DEL MIEMBRO RESPONSABLE DEL GRUPO, O REPRESENTANTE AUTORIZADO (QUE RECIBIÓ EL REEMPLAZO)	FECHA
--	-------

COUNTY USE ONLY (SÓLO PARA USO DEL CONDADO)

Case Name:
 Case Number:
 Worker:
 Date CF 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
--------------	------

Reglas: Es posible que las siguientes reglas apliquen; usted puede revisarlas en la oficina de bienestar público: MPP 16-515