

أكمل هذا النموذج بسبب السرقة أو تزوير البطاقة أو ما شابه ذلك وقم بإعادته إلى قسم الخدمات الاجتماعية المحلي.

رب الأسرة:
آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:
عنوان الشارع:
الهاتف:
تاريخ اكتشاف السرقة:

أقر أنا _____ بأنني فرد من الأسرة ، أو ممثل
مفوض ، وأرغب في طلب فوائد SNAP البديلة بمبلغ _____ دولار لتغطية تكلفة الفوائد المفقودة بسبب السرقة بسبب القشط
أو الاستنساخ أو غير ذلك من الأساليب الاحتمالية المماثلة التي حدثت من _____ 20 وحتى _____ 20.

قم بوصف الخسائر أو سرقة الفوائد:

مطلوب التحقق من الخسائر قبل أن يتم استبدال أي فوائد. ستتحقق إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية من صحة ادعاءات سرقة الفوائد من خلال بيانات
معالج EBT أو إفادات العملاء أو بيانات بائع التجزئة أو أجهزة القشط المحددة أو غيرها من المعلومات المماثلة.

يرجى قراءة البيانات الواردة أدناه قبل التوقيع على هذا النموذج
توقيعك هو إقرار منك بالخسائر

- أدرك أنه يجب الإبلاغ عن تقارير سرقة الفوائد الإلكترونية في غضون 30 يومًا تقويمياً من اكتشاف السرقة من خلال القشط أو الاستنساخ أو طرق احتيالية أخرى مماثلة.
- أدرك أن الفوائد المستبدلة بسبب السرقة لا يمكن أن تتجاوز مبلغ شهرين من فوائد SNAP أو مبلغ الخسائر الفعلي المبلغ عنها أيهما أقل.
- أدرك أنه يجب علي التوقيع على هذا البيان وإعادته في غضون 10 أيام عمل من تاريخ الإبلاغ عن سرقة الأسرة إلى إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بي، وإلا فلن يمكن استبدال فوائدي.
- أدرك أن الفوائد المفقودة بسبب السرقة لا يمكن استبدالها أكثر من مرتين في السنة المالية الفيدرالية (1 أكتوبر حتى 30 سبتمبر من كل عام 22\10\1 - 24\9\30).
- أدرك أنه لا يمكن المطالبة باستبدال الفوائد بسبب السرقة إلا في الفترة من 2022\10\1 حتى 2024\9\30.
- أدرك أنني سأعرض للعقوبات إذا قمت بتحريف الحقائق بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تهمة الحنث باليمين لمطالبة زانفة.
- أدرك أن لدي الحق في جلسة استماع عادلة إذا كنت لا أوافق على قرار استبدال الفوائد التي قدمتها إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية.

التاريخ

إمضاء العميل