

این فرم را در صورت سرقت یا تقلب کارت یا وضعیت مشابه پر کنید و آن را به اداره خدمات اجتماعی در نزدیکی خود تحویل دهید.

| |
|--------------------------------|
| رئیس خانوار: |
| 4 رقم آخر شماره تامین اجتماعی: |
| آدرس خیابان: |
| تلفون: |
| تاریخ کشف سرقت: |

من، _____، تایید می‌کنم که عضوی از خانوار، یا نماینده مجاز آن هستم، و مایلم جایگزینی مزایای SNAP را به مبلغ \$ _____ درخواست کنم تا هزینه مزایای از دست رفته به دلیل سرقت، تقلب، جعل یا روش‌های دیگر تقلب که از تاریخ _____ 20 تا _____ 20 رخ داد را پوشش دهد. خسارت یا سرقت مزایا را توضیح دهید:

پیش از جایگزینی هرگونه مزایا، تایید خسارت لازم است. اداره محلی خدمات اجتماعی، ادعاهای سرقت مزایا را از طریق داده‌های پردازشگر EBT، بیانیتهای مشتریان، داده‌های خرده‌فروش‌ها، دستگاه‌های تقلب شناسایی شده، یا سایر معلومات مشابه تایید خواهد کرد.

لطفا پیش از امضا کردن این فرم، بیانیتهای زیر را بخوانید
امضای شما به معنی تایید خسارت از طرف شما است

من می‌فهمم که گزارش‌های سرقت الکترونیکی مزایا باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ کشف سرقت در اثر تقلب، جعل، یا روش‌های مشابه تقلب، ارائه شوند.

من می‌فهمم که مزایای جایگزینی به دلیل سرقت، نمی‌تواند بیشتر از مبلغ دو ماه مزایای SNAP یا مبلغ واقعی خسارت من باشد، هر کدام که کمتر است.

من می‌فهمم که باید این بیانیته را ظرف 10 روز کاری از تاریخی که سرقت خانوار را به اداره محلی خدمات اجتماعی خودم گزارش کردم، امضا کنم و تحویل دهم. در غیر این صورت، مزایا جایگزین نخواهند شد.

من می‌فهمم که جایگزینی مزایای از دست رفته به دلیل سرقت، بیش از دو بار در یک سال مالی فدرال ممکن نیست (1 اکتبر تا 30 سپتامبر هر سال 22/1/10 – 24/30/9).

من می‌فهمم که درخواست جایگزینی مزایا به دلیل سرقت، فقط از 2022/1/10 تا 2024/30/9 ممکن است.

من می‌فهمم که اگر حقایق را نادرست ارائه کنم، مشمول جریمه خواهم شد، از جمله، ولی نه محدود به، محکومیت به نقض عهد به دلیل مطالبه نادرست.

من می‌فهمم که اگر با تصمیم اتخاذ شده از طرف اداره محلی خدمات اجتماعی برای جایگزینی مزایا مخالف باشم، حق یک رسیدگی عادلانه را دارم.

تاریخ

امضای مشتری

032-23-1140-01 Dar (05/23)