

Департамент соціальних служб штату Вірджинія

Відділ програм соціальної допомоги

Запит на заміну електронного переказу виплат (EBT) у рамках Програми допомоги з додаткового харчування (SNAP) і підтвердження клієнта

Заповніть цю форму на випадок втрати в результаті крадіжки, незаконного копіювання даних з однієї банківської картки на іншу (скімінгу) або аналогічної ситуації та поверніть її в місцевий відділ соціальних служб.

Глава сім'ї:
Останні 4 цифри номера соціального страхування:
Адреса. Вулиця:
Телефон:
Дата виявлення крадіжки:

Я _____ підтверджую, що є членом сім'ї або уповноваженим представником і бажаю запросити заміну посібників SNAP у розмірі ___ доларів для покриття вартості пільг, втрачених у результаті крадіжки через скімінг, клонування або інших подібних шахрайських методів, які мали місце в період з, ____, 20 _____ в ____, 20 _____.

Опишіть втрату або крадіжку пільг:

Перш ніж можна буде замінити будь-які пільги, необхідно підтвердити факт втрати. Місцевий департамент соціальних служб перевірить заяви про крадіжку пільг з використанням даних обробника EBT, заяв клієнтів, даних роздрібних продавців, ідентифікованих пристроїв для скімінгу або іншої подібної інформації.

БУДЬ ЛАСКА, ОЗНАЙОМТЕСЯ З НАВЕДЕНИМИ НИЖЧЕ ЗАЯВАМИ, ПЕРШ НІЖ ПІДПИСУВАТИ ЦЮ ФОРМУ. ВАШ ПІДПИС Є ПІДТВЕРДЖЕННЯМ ВТРАТИ

Я розумію, що повідомлення про крадіжку електронних пільг повинні бути подані протягом 30 календарних днів з моменту виявлення крадіжки за допомогою скімінгу, клонування або інших подібних шахрайських методів.

Я розумію, що компенсаційні виплати за крадіжку не можуть перевищувати суму виплат SNAP за два місяці або суму моєї фактичної заявленої втрати, залежно від того, що менше.

Я розумію, що я повинен (повинна) підписати та повернути цю заяву протягом 10 робочих днів з дати, коли я повідомив (повідомила) про крадіжку з дому місцевому відділу соціальних служб, інакше мої пільги не можуть бути замінені.

Я розумію, що надбавки, втрачені через крадіжку, не можуть бути замінені більше двох разів протягом федерального фінансового року (з 1 жовтня по 30 вересня кожного року з 01.10.22 по 20.10.24).

Я розумію, що на компенсацію за крадіжку можна претендувати тільки в період з **01.10.2022** по **20.10.24**.

Я розумію, що у разі викривлення фактів на мене будуть накладені штрафні санкції, включаючи, але не обмежуючись цим, звинувачення у лжесвідченнях за неправдиве твердження.

Я розумію, що маю право на справедливий судовий розгляд, якщо я не погоджуюся з рішенням про заміну пільг, прийнятим місцевим департаментом соціальних служб.

Дата

підпису клієнта