

درخواست مطالبه خسارت DSHS مبنی بر کمک هزینه EBT سرقت شده

سرقت کمک هزینه جرم محسوب می شود. توصیه می کنیم آن را به اداره پلیس محلی خود گزارش دهید. برای این درخواست مطالبه خسارت نیازی به گزارش پلیس نیست.

درخواست مطالبه خسارت کمک هزینه سرقت شده باید ظرف 30 روز پس از کشف ضرر به DSHS گزارش شود. برای طرح دعوی:

- با مرکز تماس با خدمات مشتری ما به شماره تلفن رایگان 877-501-2233 تماس بگیرید.
- در ساعات کاری عادی به Community Services Office (دفتر خدمات محلی) خود مراجعه کنید؛ یا
- این فرم را تکمیل و امضا کنید و به آدرس زیر ارسال کنید: PO Box 11699, Tacoma WA 98411؛ به شماره 888-338-7410 فکس کنید؛ یا بعد از ساعت کاری از جعبه دراپ در Community Services Office (دفتر خدمات محلی) خود استفاده کنید.

من، _____ (لطفاً نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار را خوانا بنویسید) گزارش می دهم که کمک هزینه از حساب Electronic Benefits Transfer (انتقال الکترونیکی کمک هزینه، EBT) من از طریق کفزنی، کپی برداری، فیشینگ یا استفاده های متقلبانه مشابه به سرقت رفته است. کفزنی از کارت، کپی برداری و کلاهبرداری های مشابه، سرقت داده های کارت و شماره های PIN محسوب می شود که به سارقان اجازه می دهد وجوه را از حساب ها سرقت کنند، از کارت خرید کنند و اطلاعات کارت را بفروشند.

شماره شناسایی مشتری سرپرست خانوار: _____

تاریخ تولد سرپرست خانوار: _____

برنامه ها: _____ نقدی غذا

تاریخی که متوجه شدم کمک هزینه من به سرقت رفته است: _____

لطفاً تمام اطلاعاتی را که در رابطه با کمک هزینه دزدیده شده، کپی برداری یا دچار استفاده تقلبی شده در اختیار دارید، ارائه دهید.

نوع کمک هزینه (نقدی / غذا)	مبلغ	آدرس	نام کسب و کاری که در آن استفاده متقلبانه صورت گرفته است	تاریخ تراکنش

آیا کارت EBT شما همیشه در اختیار شما بوده است؟ بله خیر

آیا از وب سایت یا برنامه EBT شخص ثالثی غیر از ebtEDGE استفاده می کنید؟ بله خیر

اظهارنامه و امضا

اینجانب، تحت مجازات شهادت دروغ، گواهی می دهم که اطلاعات اعلام شده و ارائه شده در این کمک هزینه EBT سرقت شده، تا جایی که می دانم صحیح و دقیق است.

- از وجوهی که از حسابم برداشته شد به هیچ عنوان سودی نبردم.
- من می دانم که اظهارات نادرست در این درخواست مطالبه خسارت ممکن است تقلب محسوب شود و منجر به رد صلاحیت از برنامه، جریمه، زندان یا ترکیبی از این مجازات ها شود.

امضای سرپرست خانوار _____ تاریخ _____

اگر با اقدامات آژانس در مورد کمک هزینه خود مخالف هستید، حق دارید درخواست رسیدگی اداری کنید. این موسسه عضو طرح فرصت های برابر است.



27221

Barcode label