

SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH BẮC CAROLINA
Đơn Vị Dịch Vụ Xã Hội

BẢN TUYÊN THỆ THAY THẾ

Hạt: _____
Số Hồ Sơ FNS: _____
Ngày Của Báo Cáo: _____
Tháng/Năm Phát Hành: _____

Tên: _____
Địa chỉ: _____

Lý Do Cho Báo Cáo Và Hành Động Thay Thế:

- Tôi xác nhận theo hình phạt khai man và/hoặc gian lận rằng thực phẩm được mua bằng phúc lợi từ Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm đã bị hỏng do một sự việc không may trong hộ gia đình. Số lượng thực phẩm được mua bằng phúc lợi từ Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm đã bị mất trong sự việc không may là \$_____. Tôi hiểu rằng số tiền thay thế tối đa không thể nhiều hơn số tiền phúc lợi trong một tháng của đơn vị Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm của tôi.
- Tôi xác nhận theo hình phạt khai man và/hoặc gian lận rằng các phúc lợi từ Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm đã bị cướp do cưỡng chế. Tôi đã báo cáo sự việc này với cơ quan thực thi luật pháp có liên quan và đã nộp báo cáo cảnh sát.

Bản tuyên thệ này cần được ký và gửi lại Văn Phòng Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong vòng 10 ngày kể từ ngày của báo cáo được nêu ở trên, hoặc các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm của bạn sẽ không được thay thế.

Tôi hiểu rằng nếu tôi bị phát hiện cố ý vi phạm chương trình bằng cách đưa ra thông tin sai lệch, tôi sẽ:

- Không nhận được Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong vòng 12 tháng khi đầu tiên tôi bị phát hiện phạm tội;
- Không nhận được Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong 24 tháng vào lần thứ hai phạm tội; và
- Không nhận được Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm suốt đời nếu phạm tội lần thứ ba.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Nhân chứng (nếu chữ ký là "x" hoặc đánh dấu khác): _____

CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG

Ngày Thay Thế Được Phép: _____	Số Tiền Thay Thế: \$ _____
Chữ Ký Nhân Viên: _____	Mã Số Nhân Viên: _____