

Declaración jurada para devolver beneficios

Mes: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono* _____

*Para contactarle en caso de que no podamos procesar el pago

Número de caso _____ Seguro Social _____

Cantidad a remover de su tarjeta EBT _____

\$ _____ dólares y _____ centavos

Por favor circule el tipo de beneficio: **Comida (SNAP) ó Programa en efectivo (TANF, AND, OAP)**

Esta acción se toma conforme al Manual de Empleados del Departamento de Servicios Humanos de Colorado Volumen III , sección 3.860 Protecciones al individuo y el Volumen IV-B, Section B-4800 Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT); así como la sección 12.100 del Manual de Proyectos Especiales.

El Departamento de Servicios Humanos del condado de Boulder pudiera revelar esta información, sin su consentimiento, a las autoridades federales, estatales o a nivel local, responsables de administrar o hacer cumplir las reglas del programa. Esto pudiera conllevar que se realice una investigación o que se presenten demandas civiles o procesos penales. Además, el condado pudiera divulgar información a la corte, magistrado y/o al tribunal de ser requerido como parte de un proceso legal civil o criminal.

Firma de la persona autorizando la devolución

Fecha

Firma de un testigo

Fecha

Por favor note que este formulario únicamente aprueba este pago. Para pagos adicionales usando su balance EBT deberá llenar otra forma.