

# キャッシュエイド自動振込み依頼書 EBT 免除

	日付
受給者氏名	ケース番号

私のキャッシュエイド受給額がいくらになるか決定するために、郡は私が提供する事実を検査します。

私は、次の理由により、EBT によるキャッシュエイドの受給を希望しません。

私は、一時的な状態により EBT が使用できません。\*

私は、永続的な状態により EBT が使用できません。\*

\* 状態が明白であるか、あるいは、EBT を使用できない状態とは何であり、その継続が予測される期間はどれくらいであるかを記載した書面を提出してから 60 日未満でない限り、あなたは、医療専門家の書面による証明を提出しなければなりません。

その他 (具体的に): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

証明書の提出は？  はい  いいえ  不要

免除の承認は？  はい  いいえ。EBT を継続

「はい」の場合の別の給付方法

直接入金  証書 (Warrant)

受給者氏名	電話
受給者への通知日	担当者のイニシャル
担当者名	担当者の番号