

**被盗**  
**补充营养援助计划 (SNAP) 和/或现金援助 (CA) 福利补发申请**  
**(Simplified Chinese)**

您可以使用此表格申请补发通过侧录、克隆、网络钓鱼、第三方虚假陈述或其他类似欺诈方法，以电子方式窃取的 SNAP 和/或 CA 福利。您必须报告有关欺诈交易的具体信息。您可以通过以下方式找到此信息：

- 访问 <https://www.ebtEDGE.com/> 或下载 ebtEDGE 移动应用程序（可在 Apple App Store 和 Google Play Store 下载）以查询您的 EBT 记录；或者
- 拨打免费 EBT 客户服务热线 1-888-328-6399。您可以拨打帮助热线进行以下事项：
  - 通过自动菜单收听您最近的十笔交易。
  - 通过自动菜单或向客户服务代表处索取 2 个月的纸质版账户历史对账单。
  - 与客户服务代表一起查看您的交易。
    - 如需查询超过 15 个月前的交易，您需要与客服代表联系。

请注意，如果您没有报告 EBT 卡丢失或被盗，并且在福利被盗后尚未申请新的 EBT 卡，那么您的 SNAP 或 CA 账户可能仍然处于风险之中。您必须先报告 EBT 卡丢失或被盗，才会收到补发福利。如要报告卡片被盗、申请新卡以及更改 PIN，请致电 888-328-6399 与 EBT 客户服务部联系或访问 <https://www.ebtEDGE.com/>。

请确认：在发现福利被盗后，我报告了卡丢失或被盗。

是  否。（只有回答“是”才能继续）

**被盗**  
**补充营养援助计划 (SNAP) 和/或现金援助 (CA) 福利补发申请 (续)**

**A. 家庭信息**

_____		
个案号码		
_____		
个案名称		
_____		
客户识别号码 (Client Identification Number, CIN) (必须是个案户主/收款人的 CIN, 即您的 EBT 卡上列出的 CIN。)		
_____		
邮寄街道地址		公寓/套房
_____		_____
城市	州	邮政编码
_____	_____	_____
电子邮件地址 (可选)		
_____		

**B. 福利被盗信息**

本人，\_\_\_\_\_，是上述个案的户主或成人家庭成员，希望报告我的 EBT 卡上的欺诈交易。

## 被盗

### 补充营养援助计划 (SNAP) 和/或现金援助 (CA) 福利补发申请 (续)

#### B. 福利被盗信息 (续)

##### 申请补发现金援助福利

(如果不存在现金援助福利被盗的情形, 请跳过本节并转到下一节)。

我发现我的现金福利被盗的日期	▶	
现金福利被盗的最早日期 (这是您在交易历史记录中发现的最早一笔欺诈交易的日期。如果您仅在某一日期发现欺诈交易, 请在此处列出该日期。因为 2022 年 1 月 1 日之前被盗的现金援助福利不符合补发资格, 因此所列日期早于 2022 年 1 月 1 日的申请将被拒绝)。	▶	
现金福利被盗的最后日期 (这是您在交易历史记录中发现的最近一笔欺诈交易的日期。如果您仅在某一日期发现欺诈交易, 则可以将此项留空)。	▶	
被盗现金福利总额	▶	

##### 申请补发 SNAP 福利

(如果不存在 SNAP 福利被盗的情形, 请跳过本节)。

我发现我的 SNAP 福利被盗的日期	▶	
SNAP 福利被盗的最早日期 (这是您在交易历史记录中发现的最早一笔欺诈交易的日期。如果您仅在某一日期发现欺诈交易, 请在此处列出该日期。因为 2022 年 10 月 1 日之前被盗的 SNAP 福利不符合补发资格, 因此所列日期早于 2022 年 10 月 1 日的申请将被拒绝。)	▶	
SNAP 福利被盗的最后日期 (这是您在交易历史记录中发现的最近一笔欺诈交易的日期。如果您仅在某一日期发现欺诈交易, 则可以将此项留空)。	▶	
被盗 SNAP 福利总额	▶	



## 被盗

### 补充营养援助计划 (SNAP) 和/或现金援助 (CA) 福利补发申请 (续)

#### 交易 (续)

请提供您认为我们需要了解的任何其他盗窃相关信息。如果您需要报告的欺诈交易超过 20 笔，无法在上方的行中写全，您可以在下方列出。

#### C. 证明

请先阅读并理解以下声明后再签名

我了解并同意以下内容：

- 我必须填写、签署并提交此表格，才能申请补发被盗福利。
- 此申请中提供的信息真实准确。
- 提交此申请并不保证一定会补发福利。
- 如果我故意提供有关上述事实的错误信息，我可能会被指控故意违反计划 (Intentional Program Violation, IPV)，并可能受到民事和刑事处罚，包括但不限于因虚假主张而作伪证。
- 我有权参加公平听证会，以对拒绝或延迟为我的家庭补发福利一事提出异议。在公平听证会做出决定之前，不会补发福利。

---

姓名（请用正楷填写）

---

签名

---

日期