



Washington State  
Department of Social  
& Health Services

基本食品补助计划宣誓书  
因家中不幸事故而补发之福利

Basic Food Affidavit  
Replacement for Household Disaster

AU识别号码

街道名称与门牌号码

城市

州

邮政编码

补发原因

本人，\_\_\_\_\_，郑重宣誓并声明，我用所领取的

20\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月份基本食品补助福利金所购买食品已经毁于我家里发生的一次不幸事故。

颁发日期：\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_年。

损失报告日期：\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_年。损失金额\*：\$ \_\_\_\_\_

\* 补发金额不能超过一个月的食品补助福利金额。

本人特此声明，以上陈述属实，否则愿受伪证罪处罚。我明白，在同一个月内领取两次补助金将构成欺诈行为，并将导致本人失去福利资格、受到罚款或被监禁。

户主或获授权的代表签名

日期

由财务工作人员填写 (TO BE COMPLETED BY FINANCIAL WORKER)

1. ORIGINAL ISSUANCE NUMBER

2. DATE ORIGINAL BENEFITS ISSUED

3. AMOUNT OF BENEFITS TO REISSUE (CANNOT EXCEED ONE MONTH ALLOTMENT)

\$

4. SIGNATURE OF STAFF AUTHORIZING REPLACEMENT

DATE

5. OFFICE NAME

6. OFFICE NUMBER