

ESTADO DE RHODE ISLAND
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS
Solicitação do Cartão EBT de RI

PORTUGUÊS

EBT-10

Rev: 08/15

Data de recebimento:

LOCALIZAÇÃO DO ESCRITÓRIO (*marque um*):

Providence Pawtucket Warwick Woonsocket Newport South County

SOCIAL SECURITY: _____ - _____ - _____ ID DHS: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____
(*se conhecido*) MM DD AAAA

Sobrenome

Nome

Inicial do nome do meio

ENDEREÇO

Rua

Apt.

Cidade/Município

Estado

CEP

Telefone

Marque esta caixa se este for um novo endereço. Este é o endereço para onde você gostaria que o seu cartão fosse enviado? Sim Não

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (*se diferente*)

Rua

Apt.

Cidade/Município

Estado

CEP

Este é o endereço para onde você gostaria que o seu cartão fosse enviado? Sim Não

Por que você está solicitando um novo cartão EBT? O cartão não funciona
 O cartão foi roubado
 O cartão está perdido
 O cartão foi destruído
 Não tenho acesso ao cartão
 Outro: _____

Assinatura

Data

Escreva nesta seção somente se você for um representante autorizado e/ou beneficiário autorizado:

Representante autorizado Beneficiário autorizado Representante e beneficiário autorizado

Sobrenome

Nome

Inicial do nome do meio

Data de nascimento ____ / ____ / ____ SOCIAL SECURITY : _____ - _____ - _____
MM DD AAAA

Assinatura

Data