

REPORTE DE ROBO ELECTRÓNICO DE BENEFICIOS

Instrucciones: Llene este formulario por completo y regreselo a su trabajador del condado. Cualquier demora en completar y/o enviar este formulario puede causar una demora en el procesamiento de su reemplazo.

INSTRUCCIONES PARA RECIBIR UN REEMPLAZO DE BENEFICIOS ROBADOS ELECTRÓNICAMENTE

Si cree que fue víctima de un robo electrónico de sus beneficios de alimentos o beneficios en efectivo de CalFresh, visite a la oficina local de su condado para cancelar su tarjeta EBT y obtener una nueva. Le recomendamos que cambie su Número de Identificación Personal (PIN) inmediatamente.

También puede llamar a la línea de ayuda de servicio al cliente de EBT de California. Este es el único número de teléfono de servicio al cliente para EBT en California. Un Representante de Servicio al Cliente cancelará su tarjeta y le dará una nueva.

El Servicio de ayuda al cliente de EBT está abierto 24 horas al día, 7 días de la semana: 1-877-328-9677

- **TTY: 1-800-735-2929 (Servicio de Retransmisión de telecomunicaciones para personas con impedimentos auditivos y/o del habla)**

Le pueden reemplazar sus beneficios EBT si:

- Tenía su tarjeta EBT con usted cuando le robaron los beneficios de su cuenta de EBT.
- Canceló su tarjeta EBT y obtuvo una nueva tarjeta yendo a la oficina local de su condado o llamando a la Línea de ayuda de servicio al cliente de EBT de California.
- Completa completamente el EBT 2259 y se lo entrega al trabajador de su condado.
- Su tarjeta fue escaneada por un equipo electrónico tomando su información sin su conocimiento.
- Lo estafaron para que le diera a un tercero su número de tarjeta EBT y su número de identificación personal (PIN) a un tercero no autorizado que creía que era el proveedor de EBT contratado, un minorista aprobado o una entidad gubernamental, pero no más de una vez. en un período de 36 meses para beneficios en efectivo, y no más de dos veces en seis meses para beneficios de alimentos.

Los beneficios en efectivo EBT no se pueden reemplazar si:

- No entrega el formulario EBT 2259 completado dentro de los 90 días después de la fecha en que se realizó el robo electrónico.
- Le robaron o perdió su tarjeta de EBT.
- Le proporcionó su número de tarjeta EBT y su número de identificación personal a alguien que usted conoce, y esa persona le robó sus beneficios.

Los beneficios de alimentos EBT no se pueden reemplazar si:

- No informa de los beneficios robados dentro de los 10 días posteriores a la transacción de robo electrónico.
- No entrega el formulario EBT 2259 completado dentro de 90 días después de la fecha en que se realizó el robo electrónico.
- Le robaron o perdió su tarjeta de EBT.
- Le proporcionó su número de tarjeta de EBT y su número de identificación personal a alguien que usted conoce, y esa persona le robó sus beneficios.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

- **Si le robaron o perdió su tarjeta EBT, repórtelo de inmediato al Servicio de ayuda al cliente de EBT al 1-877-328-9677.** Su tarjeta será cancelada y se le entregará una nueva.
- El robo electrónico es una forma de robo de identidad. ¡Mantenga su tarjeta y Número de Identificación Personal (PIN) seguros!
- **Siempre cubra el teclado de la máquina EBT cuando marque su PIN. Cambie su PIN regularmente.**
- **NO comparta su número de tarjeta EBT, PIN, número de seguro social (SSN) o fecha de nacimiento (DOB).** No confíe en los mensajes de texto o llamadas telefónicas que solicitan esta información. Es probable que cualquier otro número de teléfono al que se le pida que llame para EBT sea una estafa para robarle sus beneficios. El gobierno estatal, del condado y federal NUNCA solicitará esta información por mensaje de texto.
- Si alguien le pregunta su PIN, está tratando de robar sus beneficios. ¡No les proporcione su PIN!
- **NO** lleve consigo su número de seguro social (SSN).
- **NUNCA** marque su PIN si piensa que lo están vigilando. Alguien puede robar sus beneficios de EBT si conoce su número de tarjeta EBT y su PIN.
- **NUNCA** diga su PIN a un empleado del supermercado, a un empleado del mercado de agricultores, ni a un cajero, aunque se lo pidan.
- Puede cambiar su PIN en cualquier momento llamando al **Servicio de ayuda al cliente de EBT de California al 1-877-328-9677** o yendo a su oficina local de bienestar público.
- Evite los PIN comunes. Su PIN no debe ser 1234, 1111 o 0000. Los ladrones adivinan estos PIN fácilmente.
- Si hay otros titulares de EBT en su hogar, recuérdelos que mantengan seguros sus tarjetas de EBT y sus PIN. Una persona que conozca su número de tarjeta, número de Seguro Social y su fecha de nacimiento puede cambiar su PIN.
- **NO** haga ninguna compra en una tienda que crea puede estar robando su información o beneficios.
- **NO** use su tarjeta EBT en un cajero automático o máquina de EBT que parece estar dañado o alterado, pueden estar robando la información de su tarjeta EBT y su PIN.
- Por favor reporte cualquier actividad de EBT sospechosa en la línea directa de fraudes al: **1-800-344-8477.**
- Para evitar el robo de EBT, es posible que pueda hacer que sus beneficios en efectivo se depositen directamente en su cuenta bancaria. Llame a su trabajador del condado o a la oficina de bienestar público local para obtener más información.
- Si necesita ayuda para usar su tarjeta, puede considerar tener a alguien en quien pueda confiar como su representante autorizado. Comuníquese con el trabajador de su condado o con la oficina de asistencia pública del condado local para obtener más información.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellido:	Primer nombre:	Inicial segundo nombre:	Número de tarjeta de EBT:	
Dirección (Calle o Apartado Postal):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de teléfono:		Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

Creo que robaron mis beneficios por medio de:		
Clonación: El uso de un equipo electrónico para obtener su información <u>sin su conocimiento</u> . Estafa: Convencerle falsamente de que dé su información personal de EBT a otra persona..	Fui víctima de una estafa. <input type="checkbox"/> <i>Si marcó la casilla, por favor llene el formulario EBT 2259A</i>	Clonaron mi tarjeta <input type="checkbox"/>
He tenido mi tarjeta de EBT conmigo todo el tiempo:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utilicé mi tarjeta de EBT por última vez en:	Fecha:	En (Ubicación):
Si le indicaron que llamara a algún número de teléfono sospechoso, o que visitara alguna página web sospechosa, anote ese número o página web a continuación.		
Número de teléfono al que le indicaron que llamara:	Página web que le indicaron que visitara:	

INFORMACIÓN DEL SUJETO

<input type="checkbox"/> Tengo información de la persona que robó mis beneficios. Si es así, anote la información sobre esa persona.			
Apellido:	Primer nombre:	Relación con usted:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Información adicional sobre la persona y el incidente:			

TRANSACCIONES

Enumere todas las transacciones de robo electrónico a continuación. (Utilice páginas adicionales si es necesario)

Beneficio robado (efectivo o comida)	Fecha de la transacción	Cantidad robada	Nombre de la(s) ubicación(es) del robo	Dirección de la(s) ubicación(es) del robo

Incluya toda la información adicional sobre este incidente que considere importante.

DECLARACIÓN DE VERDAD

Declaro bajo pena de perjurio, ante las leyes de los Estados Unidos de América y las leyes del Estado de California, que la información que proporcioné en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber. Entiendo que si deliberadamente proporcioné información incorrecta o si omití alguna información que sabía estaba correcta y si obtengo beneficios para los que no soy elegible, seré responsable de reembolsarlos, me pueden descalificar de recibir beneficios y me pueden multar y me pueden acusar de haber cometido un delito.

Firma del beneficiario:	Fecha:
Firma del titular de la cuenta (Si es diferente del beneficiario):	Fecha:

FOR COUNTY USE ONLY (SÓLO PARA USO DEL CONDADO)

APPROVED: <input type="checkbox"/>	DENIED: <input type="checkbox"/>	REASON FOR DENIAL: Requesting replacement SNB benefits <input type="checkbox"/> Requesting replacement TNB benefits <input type="checkbox"/>	
REFER FOR INVESTIGATION: <input type="checkbox"/>	County:	SUID:	Date:
County Worker Name (Please Print):		County Worker Phone Number:	County Worker Signature:
CWD Authorizing Signature (Supervisor or Above):		CWD Authorizing Name (Please Print):	
Title of CWD Authorizing:		CWD Authorizing Phone Number:	

COUNTY WELFARE DEPARTMENT! ONCE APPROVED OR DENIED BY A SUPERVISOR OR ABOVE, A COMPLETED COPY OF THIS FORM MUST BE SCANNED AND SENT VIA EMAIL TO THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES: EBT2259@DSS.CA.GOV. PLEASE BE SURE TO CHECK MARK APPROVED OR DENIED AND PROVIDE A CWD AUTHORIZING SIGNATURE BEFORE SUBMITTING. FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN YOUR COUNTY NOT BEING REIMBURSED.