

Solicitud Para Reemplazo de los Alimentos Comprados con los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York

Nombre del Caso						Condado	
Numero del Caso						SSN	Fecha de Nacimiento
# Casa Postal	Dirección	# Apto	Ciudad	Estado	Código	Numero de Teléfono	

Yo _____ siendo el jefe (a) del hogar o integrante adulto del hogar correspondiente al caso mencionado arriba, deseo informar lo siguiente al representante de la agencia:

Mi hogar sufrió una perdida de \$ _____ de alimentos comprados con el subsidio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria – SNAP, destruidos como resultado de:

- un corte de energía eléctrica
- una inundación
- un incendio (or un fuego)
- otro desastre

Comentarios del trabajador(a) social:

Comentarios del Cliente:

Certificación

No firme hasta que usted haya leído y entendido las instrucciones a continuación

Estoy consciente que el proveer un instrumento falso para ser archivado en mi caso, tal como describe el Artículo 175 de la Ley Penal, es un delito que puede acarrear una pena máxima de cuatro (4) años en prisión. Si lo hago, estaré sujeto(a) a enjuiciamiento bajo las Leyes Civiles y Penales de Estados Unidos y del Estado de Nueva York como también bajo las regulaciones de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York.

Yo comprendo que tengo el derecho a una audiencia imparcial para cuestionar la negación o el retraso del la emisión de reemplazo de beneficios para mi hogar. Los reemplazos no sería emitirán si la decisión de la audiencia imparcial esta pendiente.

Yo comprendo que si yo firmo y devuelvo esta declaración a la agencia con diez (10) días a partir de la fecha en que se informó de la pérdida de mis beneficios, la agencia no reemplazará los beneficios de SNAP.

Firma

Fecha
