

SOLICITUD PARA EL REEMPLAZO DE ALIMENTOS COMPRADOS CON LOS BENEFICIOS SNAP

Nombre del caso:	Dirección:
Número del caso	Número de teléfono:

Yo, _____, soy jefe de familia o un miembro adulto referente al caso arriba nombrado y quisiera reportar lo siguiente al Departamento de Servicios Sociales.

Mi hogar experimentó una desgracia del hogar y la suma de \$ _____ en alimentos comprados con SNAP fueron destruidos.

Según regulaciones federales, el reemplazo no debe ser más que su beneficio mensual normal y debe ser para el alimento comprado con los beneficios SNAP que fueron destruidos en una desgracia del hogar.

La cantidad de la solicitud debe ser reducida por el valor de los enlatados y comidas que no fueron destruidas.

**CERTIFICACIÓN
NO FIRME HASTA QUE USTED HAYA LEÍDO Y ENTIENDA LAS
DECLARACIONES ABAJO MENCIONADAS**

Entiendo que seré sujeto a penalidades si falsifico los hechos que incluyen pero no son limitados a cargos de perjurio por una solicitud falsa.

Debo firmar y devolver esta declaración 10 días de la fecha que notifique sobre mi pérdida o mis beneficios no serán reemplazados.

Por favor envíe esta solicitud a:

Department of Social Services
925 Housatonic Avenue
Bridgeport, CT 06604

Attn.: Regional Administrator's Office

Signature/Firma

Date/Fecha