

(September 2003 Hurricane Isabel)

**REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH
FOOD STAMP BENEFITS**

NEW YORK STATE

OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

CASE NAME	CENTER
CASE NUMBER	

I _____ am the head of household or an adult household member for the above named case. Due to the effects of Hurricane Isabel, food purchased by my household with food stamp benefits was destroyed. I request a supplemental food stamp benefit grant to help replace this food. I understand that this food stamp grant will be equal to one-half of my regular food stamp benefit.

Worker Comments: _____

CERTIFICATION

DO NOT SIGN UNTIL YOU HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATEMENTS BELOW

I am aware that offering a false instrument for filing as described in Article 175 of the Penal Law is a crime that may have a maximum penalty of four (4) year's imprisonment. If I do so, I will be subject to prosecution under the Civil and Criminal Laws of the United States and New York State and under the regulations of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance.

I understand I have a right to a fair hearing to contest the denial or delay of a replacement issuance for my household. Replacements would not be issued pending the fair hearing decision.

I understand that if I do not sign and return this statement to the agency within ten (10) days of the date the loss was reported, the agency will not replace the food stamp benefits.

 Signature Date

(Septiembre del 2003 Huracán Isabel)
SOLICITUD DE REEMPLAZO DE ALIMENTOS ADQUIRIDOS
CON BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
 Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York

NOMBRE DEL CASO	CENTRO
NUMERO DEL CASO	

Yo, _____, soy jefe del hogar o integrante adulto del hogar correspondiente al caso mencionado más arriba. A causa del huracán Isabel, se echaron a perder los alimentos adquiridos por mi hogar con beneficios de Cupones para Alimentos. Solicito un beneficio complementario de cupones para alimentos para ayudar a reemplazarlos. Entiendo que esta prestación de cupones para alimentos será igual a la mitad de mi beneficio regular de cupones para alimentos.

Comentarios del trabajador social: _____

CERTIFICACION

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEIDO Y COMPRENDIDO LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

Estoy consciente de que el proveer un instrumento falso para ser archivado en mi caso, tal como lo describe el Artículo 175 de la Ley Penal, es un crimen que puede acarrear una penalidad máxima de cuatro (4) años de prisión. Si lo hago, estaré sujeto(a) a prosecución bajo las Leyes Civiles y Criminales de los Estados Unidos y del Estado de Nueva York y bajo las regulaciones del 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 de la emisión de reemplazo de beneficios para mi hogar. Los reemplazos no se emitirán si la decisión de la audiencia imparcial está pendiente.

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

Firma Fecha