

# REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH FOOD STAMP BENEFITS

NEW YORK STATE

OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

CASE NAME	COUNTY
CASE NUMBER	

I \_\_\_\_\_, am the head of household or an adult household member for the above named case and wish to report the following to the agency representative:

My household experienced a household misfortune and \$ \_\_\_\_\_ in food purchased with food stamp benefits were destroyed

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

## 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	CONDADO
NUMERO DEL CASO	

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el jefe 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 desgracia y como resultado se dañaron los alimentos comprados con cupones para alimentos por un valor de \$ \_\_\_\_\_

Comentarios del trabajador(a) social: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CERTIFICACION

#### **NO FIRME HASTA QUE HAYA LEIDO Y COMPRENDIDO LAS DECLARACIONES SIGUIENTES**

Estoy consciente 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 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 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 de Cupones para Alimentos, la agencia no reemplazará mis beneficios de Cupones para Alimentos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha