REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS

If you are blind or seriously visually impaired and need this application/form in an alternative format, you may request one from your social services district. For additional information regarding the types of formats available, contact your social services district or visit www.otda.ny.gov.

If you are blind or seriously written notices in an alternat	,		9		
If Yes, check the type of form Data CD Audio C other alternative formats will	D Brai	lle, if you	assert t		
If you require another accomdistrict.	modation, p	lease con	J	TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE	
CASE NAME	CASE NAME				
CASE NUMBER	SS	SN		DATE OF BIRTH	
ADDRESS (including house and Apt number)	CITY	STATE	ZIP	PHONE NUMBER	
My household experienced a loss in the amount Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, d A power outage A fire Worker Comments:	lestroyed as a resu □A flo	It of: od	·	hased with Supplemental	
Client Comments:					
DO NOT SIGN UNTIL YOU HAVE	CERTIFICAT E READ AND UND		STATEME	NTS BELOW	
I am aware that offering a false instrument for fili maximum penalty of four (4) year's imprisonment Laws of the United States and New York State Disability Assistance.	nt. If I do so, I will	be subject to p	rosecution	under the Civil and Criminal	
I understand I have a right to a fair hearing to Replacements would not be issued pending the			placement	issuance for my household.	
I understand that if I do not sign and return thi reported, the agency will not replace the SNAP be	is statement to the		en (10) da	ys of the date the loss was	
Signature			Date		

^{*}Please return this completed form to your local County Social Service Department (SSD) or for NYC residents visit the HRA website for a list of the local center closest to you.

এর দ্বারা ক্রয় করা থাদ্যের প্রতিশ্বাপনের অনুরোধ সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) বেনিফিট

আপনি অন্ধ বা আপনার গুরুত্র দৃষ্টিশক্তির সমস্যা থাকলে এবং যদি আপনার এই আবেদনটি/ফর্মটি কোন বিকল্প বিন্যাসে প্রয়োজন হয়, আপনি আপনার সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিন্টে (social services district, SSD) সেটির জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যে ধরনের বিন্যাস উপলব্ধ রয়েছে সে সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্যের জন্য আপনার সোশাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিন্টের সাথে যোগাযোগ করুন অথবা www.otda.ny.gov পরিদর্শন করুন।

অনুবোধ করতে পারেন। যে ধরনের বিন্যাস উপলব্ধ র্মেছে সে সম্প্রকৈ অতিরিক্ত তথ্যের জন্য আপনার সোশাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ করুন অথবা <u>www.otda.ny.gov</u> পরিদর্শন করুন।								
আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি কী বিকল্প পদ্ধতিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান? হ্যাঁ না হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফ্রম্যাটে পেতে চান তাতে টিক দিন: বড় মুদ্রণ ডেটা CD অডিও CD ব্রেইল, আপনি যদি দৃঢ়ভাবে বলেন যে অন্যান্য বিকল্প পদ্ধতিগুলি আপনার জন্য সমান কার্যকর								
আপনার যদি অন্য কোনো বন্দোবর সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ	করু	ন।						
নিউইমর্ক স্টেটের অন্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহ কেসের নাম	ারভার আক	NEW YOR	K STATE OF	কাউন্টি	ARY AND DISABILITY ASSISTANCE)			
মামলা নম্বর			SSN		জন্ম তারিখ			
ঠিকানা (বাড়ি এবং অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর)	শহর		স্টেট	জিপ	ফোন নম্বর			
আমি,, পরিবারের প্রধান অথবা পরিবারের প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য উপরে উল্লিখিত কেসের ক্ষেত্রে এবং এজেন্সির প্রতিনিধির কাচ্ছে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো জানাতে চাই: আমার পরিবার খাদ্য ক্রয়ের ক্ষেত্রে সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SNAP) সুবিধাবলীসহ								
ডলারের ক্ষতির সন্মুখী	⊺ হয়েছে □		রণ:					
□ বিদ্যুৎ সংযোগ ব্যাহত হওয়া□ আগুন লাগা		বন্যা অন্যান্য	বিপর্যয়	বিবরণ দিন:	:			
কর্মীর মন্তব্য:								
গ্রাহকের মন্তব্য:								
	প্রত্যু	 เค						
যতক্ষণ না নিম্নলিথিত বিবৃতিগুলি পড়ে বুঝেছেন ততক্ষণ সই করবেন না								
আমি এ বিষয়ে সচেতন যে দন্ডবিধির আর্টিকেল 175 এ যেমন বর্ণিত আছে, ফাইলিংয়ের জন্য একটি মিখ্যা নখি প্রদান করা একটি অপরাধ যার জন্য চার (4) বছর অবধি কারাদণ্ডের সর্বোচ্চ শাস্তি হতে পারে। যদি আমি তা করি, আমি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র এবং নিউইয়র্ক স্টেটের দেওয়ানী ও ফৌজদারি আইনের এবং নিউইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিজেব্যালিটি অ্যাসিসট্যান্সের বিধিসমূহের অধীনে আমার বিচার করা হতে পারে।								
আমি অবগত যে আমার পরিবারের জন্য একটি প্রতি আমার একটি ন্যায্য শুনানির অধিকার আছে। ন্যায্য ং								
আমি বুঝি যে হারিয়ে যাওয়ার কথা জানানোর দশ এজেন্সি SNAP সুবিধাবলী প্রতিস্থাপন করবে না।	(10)	দিনের ম	ধ্যে যদি	আমি এই বি	ব্তিটি শ্বাক্ষর না করি,			

তাবিথ

^{*} অনুগ্রহ করে এই সম্পূর্ণ কর্মটি আপনার স্থানীয় কাউন্টির সোশ্যাল সার্ভিস ডিপার্টমেন্ট (Social Service Department, SSD) এ বা নিউইয়র্ক সিটিতে বসবাসকারীদের জন্য আপনার নিকটতম স্থানীয় কেন্দ্রের তালিকার জন্য HRA-র ওয়েবসাইটে যান।