

**RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DI ALIMENTI ACQUISTATI CON
PRESTAZIONI DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE
(SNAP)**

Se lei è cieco, o soffre di disturbi importanti alla vista, e ha bisogno di ricevere questo modulo in un formato diverso, può richiederlo al suo distretto dei servizi sociali. Per maggiori informazioni sui tipi di formati disponibili, contatti il suo distretto dei servizi sociali o visiti il sito www.otda.ny.gov.

Se lei è cieco, o soffre di disturbi importanti alla vista, desidera ricevere gli avvisi per iscritto in un formato alternativo? ___ Sì ___ No

Se Sì, spunti il tipo di formato che desidera: ___ Stampa in grande formato ___ CD dati ___ CD audio ___ Braille, se lei dichiara che nessuno degli altri formati alternativi le è utile.

Se ha bisogno di un'altra sistemazione, contatti per favore il suo distretto dei servizi sociali.

STATO DI NEW YORK		OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE			
NOME PRATICA			CONTEA		
NUMERO PRATICA		SSN		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO (compreso numero civico e di appartamento)		LOCALITÀ	STATO	CAP	NUMERO DI TELEFONO

Io sottoscritto _____, sono il capofamiglia o un componente adulto del nucleo familiare relativo alla pratica sopra indicata e desidero segnalare quanto segue al rappresentante dell'agenzia:

Il mio nucleo familiare ha subito una perdita di importo pari a \$ _____ di alimenti acquistati con prestazioni del programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), andati distrutti a causa di:

- Un'interruzione di corrente
 Un incendio

- Un'alluvione
 Altro disastro Descrizione: _____

Osservazioni dell'operatore: _____

Osservazioni dell'assistito: _____

CERTIFICAZIONE

FIRMARE SOLTANTO DOPO AVER LETTO E COMPRESO LE AFFERMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO

Sono consapevole che la presentazione di un atto falso, secondo quanto descritto all'articolo 175 del Codice penale, è un reato e può causare una sanzione massima di quattro (4) anni di reclusione. Se io mi comportassi in tal modo, sarei soggetto a procedimento giudiziario in base al Codice civile e penale degli Stati Uniti e dello Stato di New York e in base ai regolamenti dell'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità dello Stato di New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance).

Ho compreso che ho diritto a un'udienza imparziale per ricorrere contro un rifiuto o un ritardo nel rilascio della sostituzione a favore del mio nucleo familiare. In attesa della decisione dell'udienza imparziale non sarebbe rilasciata alcuna sostituzione.

Ho compreso che, se io non firmerò e non restituirò la presente dichiarazione all'agenzia entro dieci (10) giorni dalla data della perdita segnalata, l'agenzia non sostituirà le prestazioni SNAP.

Firma	Data
-------	------

*Restituisca il presente modulo compilato al Dipartimento dei servizi sociali (SSD) conteale della sua zona, oppure, per i residenti della città di New York, è possibile trovare sul sito web HRA la lista con il centro locale più vicino.