LDSS-2291 (Rev. 9/01)

REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH FOOD STAMP BENEFITS

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

CASE NAME:	COUNTY:
CASE NUMBER:	FSB 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: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TO CLIENT: ***Please read and sign the back of this form.***

CERTIFICATION

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

I certify under penalty of law that I have not received the proceeds of my Food Stamp Benefits (FSB) directly or indirectly. 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. I also understand that because a replacement is being made it is illegal to use the food stamp benefits which I have stated I did not receive. 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 request a replacement authorization of food stamp benefits valued at $_____ .

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.

CERTIFICACION

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEIDO Y COMPRENDIDO LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

Yo certifico bajo penalidad de la ley que yo no he recibido los ingresos de mis Beneficios de Cupones de Alimentos (Food Stamp Benefits—FSB) directa o indirectamente. 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. También comprendo que debido a que se está llevando a cabo una emisión de reemplazo, es ilegal usar los Beneficios Cupones de Alimentos que yo he declarado no haber recibido. Si los uso, 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. Solicito una autorización para reemplazar una emisíon de Cupones de Alimentos valorados en $_____ .

Yo comporendo que tengo el derecho a una vista imparcial para cuestionar la negación o el retraso de la emisión de reemplazo de beneficios para mi hogar. Los reemplazos no se emitirían si la decisión de la vista imparcial estarían 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 de Alimentos, la agencia no reemplazará mis beneficios de Cupones de Alimentos.

_____

Signature/Firma | Date/Fecha | ID Card Number/Número de la Tarjeta de Identificación

_____

Signature of Witness/Firma del Testigo(a) | Date/Fecha

_____

Address of Witness/Dirección del Testigo(a)