

**PETICIÓN DE REEMPLAZO DE ALIMENTOS ADQUIRIDOS CON EL
SUBSIDIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)**

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita esta solicitud / formulario en un formato alternativo, lo puede solicitar de su distrito de servicios sociales. Si desea información adicional sobre los tipos de formatos disponibles, comuníquese con su distrito de servicios sociales o ingrese a www.otda.ny.gov.

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, ¿Le gustaría recibir notificaciones en un formato alternativo? Sí No

Si contestó «Sí», marque el tipo de formato que desea: Letra Grande CD de Datos CD Audio Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos alternos le serán de igual utilidad a usted.

Si usted necesita otra modificación, favor de comunicarse con su distrito de servicios sociales.

NEW YORK STATE		OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE		
CASO A NOMBRE DE:		CONDADO		
Nº DE CASO	Nº DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN (incluya el Nº de la casa o del apto.)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Nº DE TELÉFONO

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 sostuvo una pérdida por el monto de \$ _____ de alimentos comprados con subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y los cuales se dañaron debido a:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una interrupción del servicio eléctrico | <input type="checkbox"/> Una inundación |
| <input type="checkbox"/> Un incendio | <input type="checkbox"/> Otro desastre Describa: _____ |

Comentarios del trabajador social: _____

Comentarios del cliente: _____

CERTIFICACIÓN

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LOS ENUNCIADOS A CONTINUACIÓN

Yo entiendo que el ofrecer un instrumento falso para su registro, tal como lo describe el Artículo 175 de la Ley Penal, es un delito el cual conlleva una pena máxima de cuatro (4) años de prisión. Si lo hago, estaré sujeto a procedimientos judiciales bajo la Leyes Civiles y Penales Estadounidenses y del Estado de Nueva York y según las pautas de la oficina estatal New York State Office of Temporary and Disability Assistance.

Entiendo que tengo el derecho a una audiencia imparcial con el fin de oponerme a la denegación o la demora del remplazo destinado a mi grupo familiar. No se emitirán remplazos mientras se espera por la decisión de la audiencia imparcial.

Entiendo que si no firmo y devuelvo esta declaración a la agencia dentro de diez (10) días contados a partir de la fecha que se informa la pérdida, la agencia no remplazará los subsidios SNAP.

Firma	Fecha
-------	-------

*Sírvese regresar este formulario completamente relleno al departamento local de servicios sociales de su condado (SSD); o los residentes de la Ciudad de Nueva York, sírvanse ingresar a la página web de HRA para ver la lista de los centros locales más cercanos a su domicilio.