

Pedido de reemplazo de los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o Asistencia Temporal (TA) robados

Este formulario se debe usar para solicitar el reemplazo de subsidios de SNAP o TA, o ambos, robados por medios electrónicos como robo electrónico de los datos de la tarjeta, clonación de tarjeta, falsa representación de terceros u otros métodos fraudulentos similares tales como la suplantación de identidad.

Sección A: Información sobre el Grupo Familiar

Caso a nombre de		Condado
Número de identificación del cliente (CIN)	Cinco últimos dígitos de la tarjeta EBT	Fecha de Nacimiento
Dirección (incluyendo el número de casa o apartamento)	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono

Sección B: Información sobre el Robo de Subsidio

Yo _____, siendo jefe de familia o integrante adulto del grupo familiar correspondiente al caso mencionado arriba, deseo informar lo siguiente al representante de la agencia:

Fecha en la cual me di cuenta del robo de los subsidios: _____

Monto total del robo de subsidios SNAP: \$_____

Monto total del robo de subsidios TA: \$_____

Yo tenía mi tarjeta EBT en mi poder cuando se robaron mis subsidios: Sí No

Yo informé sobre el extravío o robo de mi tarjeta EBT: Sí No

Haga una lista de las transacciones que usted no realizó (por favor agregue páginas adicionales de ser necesario):

Fecha de la Transacción	Tipo de Programa (SNAP o TA)	Monto de la Transacción	Nombre del Vendedor Minorista y Localización (dirección) de la Transacción

Proporcione información adicional sobre el robo, si usted considera que es importante que sepamos:

Sección C: Certificación

Entiendo y estoy de acuerdo que:

- Debo completar, firmar y presentar este formulario para solicitar el reemplazo de subsidios robados.
- Certifico, so pena de perjurio, que la información brindada en la presente solicitud es verdadera y completa.
- La presentación de esta solicitud no garantiza que se reemplazarán mis subsidios.
- Si he proporcionado a sabiendas información incorrecta sobre los hechos mencionados anteriormente, se me puede acusar de una violación intencional del programa (IPV) y puedo ser una persona sujeta a sanciones civiles y penales que incluyen, entre otras, sanciones por perjurio o presentación de un instrumento falso. También tendré que reembolsar cualquier subsidio para el cual no estaba habilitado para recibir.
- Entiendo que tengo el derecho a una audiencia imparcial con el fin de oponerme a la denegación o a la demora del reemplazo destinado a mi grupo familiar. No se emitirán reemplazos mientras se espera por la decisión de la audiencia imparcial.

Firma

Fecha

Nota: Este formulario debe enviarse al distrito local debidamente completado y firmado. Este formulario puede entregarse personalmente, por correo, o por medio de NYDocSubmit.

Sección D: Determinación del distrito

District Use Only

Replacement Approved? Yes No

Replacement Amount(s): SNAP - \$ _____ TA - \$ _____

Comments:

Worker Signature: _____ Date: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

Instrucciones para completar el pedido de reemplazo de los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o Asistencia Temporal (TA) robados

Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita este formulario y/o la solicitud para el *Pedido de reemplazo de los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o Asistencia Temporal (TA) robados* en un formato alternativo, puede solicitarlos a su Distrito local de Servicios Sociales. Los formatos alternativos disponibles son los siguientes:

- Letra grande;
- Formato de datos (archivo electrónico accesible con lector de pantalla);
- Formato de audio (una transcripción en audio de las instrucciones o las preguntas sobre la solicitud/recertificación);
- Braille, si afirma que ninguno de los formatos alternativos será igualmente efectivo para usted.

Si necesita otro formato, comuníquese con su distrito de servicios sociales.

General

La solicitud para el *Pedido de reemplazo de los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o Asistencia Temporal (TA) robados* la deben completar las familias que fueron víctimas del robo de beneficios como consecuencia de estafas. Este tipo de robo ocurre cuando se sustraen los beneficios económicos de SNAP y/o TA a través de medios electrónicos como la clonación de la tarjeta para la transferencia electrónica de beneficios (EBT), la representación fraudulenta por parte de terceros u otros métodos fraudulentos similares, como el phishing.

Debe llenar cada sección lo más detallado y preciso que sea posible, firmar y fechar esta solicitud antes de enviarla. Para determinar si reúne los requisitos para el reemplazo de los beneficios de SNAP, debe enviar esta solicitud **dentro de los treinta (30) días** desde la fecha en que descubrió el robo de sus beneficios. Pasados los 30 días, no será elegible para el reemplazo de los beneficios de SNAP.

Tenga en cuenta que: si le robaron los beneficios de SNAP entre el 1 de octubre de 2022 y el 30 de junio de 2023, tendrá hasta el 31 de agosto de 2023 para presentar la solicitud de reemplazo. Si no completa y presenta la solicitud dentro de este plazo, no será considerado para el reemplazo de los beneficios de SNAP. Si le han robado las prestaciones de AT, consulte la siguiente información.

Sección A: Información de la familia

Esta sección recaba información demográfica básica sobre las circunstancias de su familia.

Sección B: Información sobre el robo del beneficio

Esta sección recaba información específica sobre el robo del beneficio de SNAP y/o TA e información sobre la tarjeta EBT que tenía cuando le robaron los beneficios.

Tenga en cuenta que si no informó la pérdida o el robo de su tarjeta EBT y no solicitó una nueva desde el robo de sus beneficios, es probable que sus cuentas SNAP o TA sigan en riesgo. No se podrán emitir beneficios de reemplazo hasta que haya denunciado la pérdida o el robo de su tarjeta EBT. Para denunciar el robo de la tarjeta, pedir una tarjeta nueva y cambiar su PIN, llame al Servicio de Atención al cliente de EBT al 888-328-6399, o consulte en <https://www.connectebt.com/>.

Transacciones

Indique en un renglón aparte, las transacciones en efectivo SNAP o TA que no hizo, incluso las compras realizadas en la misma fecha o en el mismo comercio. Si necesita más renglones, adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario. Para encontrar y ver esta información, consulte su historial de EBT en <https://www.connectebt.com/> o descargue la aplicación móvil ConnectEBT (disponible para descargar en Apple App Store y en Google Play Store). Como alternativa, también puede llamar sin cargo a la línea de ayuda del Servicio de Atención al cliente de EBT, 1-888-328-6399, para obtener esta información. Puede usar la línea de ayuda para:

- Escuchar sus últimas diez transacciones en el menú automatizado.
- Solicitar el resumen impreso de dos meses del historial de su cuenta a través del menú automatizado o a un representante del servicio al cliente.
- Revisar sus transacciones con un representante de servicio al cliente.

Información adicional

Imprima toda la información adicional sobre el robo que considere importante que su distrito conozca. Por ejemplo, si cree saber cómo su cuenta se vio comprometida, explíquelo aquí.

Sección C: Certificación

Lea con atención la sección sobre certificación. Si acepta los términos de la certificación, firme y feche la solicitud. Su firma y la fecha son obligatorias para procesar el pedido.

Sección D: Determinación del distrito

El resto de la solicitud es para uso del distrito. **No** escriba en la sección Solo para uso del distrito. Si necesita más espacio para cualquiera de las secciones de la solicitud, adjunte una hoja con toda la información adicional.

Elegibilidad y cálculo para el beneficio de reemplazo

No es necesario que tenga un caso activo de SNAP o TA para poder recibir el beneficio de reemplazo si se determinó que le robaron sus beneficios a través de medios electrónicos como la clonación de la tarjeta para la transferencia electrónica de beneficios (EBT), la representación fraudulenta por parte de terceros u otros métodos fraudulentos similares, como el phishing. La disponibilidad de un beneficio de reemplazo depende del tipo de beneficio que fue robado.

TA

La emisión de los beneficios de reemplazo de TA está limitada a las familias que fueron víctimas de un robo por estafa de los beneficios económicos de TA **el 1 de enero de 2022 o después de esta fecha**. Las familias no podrán recibir más de dos (2) beneficios de reemplazo de TA para el período que va desde el 1 de enero de 2022 hasta el 30 de septiembre de 2022. Después de esa fecha, las familias no podrán recibir más de dos (2) beneficios de reemplazo de TA en un solo ejercicio fiscal federal (1 de octubre de 2022 al 30 de septiembre de 2023, y 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024). Después del 30 de septiembre de 2024, las familias solo podrán recibir un (1) beneficio de reemplazo de TA en un solo ejercicio fiscal federal.

SNAP

La emisión de los beneficios de reemplazo de SNAP está limitada a las familias que fueron víctimas de un robo por estafa de los beneficios de la SNAP **el 1 de octubre de 2022 hasta el 30 de septiembre de 2024 o después de esa fecha**. Las familias no podrán recibir más de dos (2) beneficios de reemplazo de SNAP en un solo ejercicio fiscal federal (1 de octubre de 2022 al 30 de septiembre de 2023, y 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024).

LDSS-5215-SP (Rev. 5/23)

Para ambos tipos de beneficio, el beneficio de reemplazo al que tiene derecho a recibir es el monto de los beneficios en efectivo de SNAP o TA que fueron robados, o un monto igual a dos (2) veces los beneficios en efectivo de SNAP o TA que recibió en el mes completo más reciente en el que recibió SNAP o TA antes de que le robaran los beneficios, **lo que sea menor**.

Instrucciones para la presentación

Las familias que viven fuera de la ciudad de Nueva York, pueden presentar esta solicitud en su distrito local en persona, pueden enviarla por correo mail, o pueden subirla desde el móvil a NYDocSubmit.

- **Por correo/En persona:** Para saber cuál es la dirección de su distrito local y la información de contacto puede consultar nuestro sitio web: <https://otda.ny.gov/workingfamilies/dss.asp> o llamar sin cargo a la línea de ayuda de OTDA: 1-800-342-3009.
- **Para subir al dispositivo móvil:** puede usar la aplicación móvil NYDocSubmit para subir la solicitud a su distrito; para ello tome una fotografía de la solicitud y envíelas con el dispositivo móvil. Para obtener más información sobre las instrucciones, visite nuestro sitio web: <https://otda.ny.gov/programs/nydocsubmit/>.

Para las familias que viven en la ciudad de Nueva York;

- **Solicitar por Internet:** Inicie sesión en su cuenta ACCESS HRA o consulte en nyc.gov/hra.
 - **¡La opción más rápida y sencilla para realizar la solicitud es hacerla por Internet!**
- **Por correo:** Puede completar la solicitud en papel y enviarla por correo a:
 - PO Box 29006 Brooklyn, NY 11202.
- **En persona:** Puede ir a cualquier centro de Acceso a los beneficios o SNAP. Puede encontrar un Centro en NYC.gov (<https://www.nyc.gov/site/hra/locations/locations.page>)