LDSS-2291 (Rev.7/16)

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 alterno, 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 alterno? ____ 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:

☐ Una interrupción del servicio eléctrico
☐ Un incendio
☐ Una inundación
☐ 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**

***Sírvase regresar este formulario completamente rellenado 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.**