



CASE NAME:

CASE NUMBER:

Affidávit para reemplazo de alimentos destruidos durante un desastre en el hogar

Por la presente certifico/afirmo que mi grupo familiar perdió _____ en
Cantidad en dólares

alimentos el _____ debido a _____ .
Fecha Ejemplos de motivos: apagón o corte de electricidad, incendio, inundación, etc.

Su afirmación será verificada.

Mediante mi firma en el presente formulario certifico, bajo pena de falso juramento, que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que si tergiverso intencionalmente los hechos o proporciono información falsa, engañosa, deliberadamente incorrecta o incompleta, podrán denegarse los beneficios y es posible que sea descalificado para participar en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, SNAP), que se me aplique una multa y/o que sea enviado a la cárcel.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA

Debe informar la pérdida de alimentos ante la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) dentro de los 10 días de la destrucción de los alimentos comprados con los beneficios del programa debido a una desgracia o infortunio que afecte al grupo familiar. Este formulario debe ser recibido por la CAO dentro de los 10 días de la fecha en que se informó la pérdida. Título 7 del Código de Reglamentos Federales (CFR), párrafo 274.6

Los beneficios de reemplazo se limitan a un máximo de un mes de asignaciones, a menos que la emisión mensual incluya beneficios restituidos, los cuales también pueden ser reemplazados hasta la totalidad de su valor.