

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CAO

IDENTIFICACIÓN DEL CASO				
CO	NÚM. REGISTRO	CAT	CSLD	DIST
NOMBRE DE REGISTRO				FECHA

## 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.

<b>FIRMA DEL CLIENTE</b>	<b>FECHA</b>

Este formulario debe ser recibido por la CAO dentro de los 10 días siguientes a la fecha en que usted informó sobre la pérdida de comida debido a una desgracia en el hogar.

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.