

Complete este formulario de pérdida por robo, duplicado de tarjeta o situación similar, y envíelo nuevamente al Departamento Local de Servicios Sociales.

Jefe de hogar:
Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:
Dirección postal:
Teléfono:
Fecha de descubrimiento del robo:

Yo, _____, declaro que soy un miembro del hogar, o un representante autorizado, y deseo solicitar beneficios de reemplazo del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por el monto de \$ _____ para cubrir el costo de los beneficios perdidos a causa de un robo por duplicado, clonación u otros métodos fraudulentos similares que se produjeron del _____, 20_____ al _____, 20_____.

Describa la pérdida o el robo de los beneficios:

Se requiere verificar la pérdida antes de que se pueda reemplazar cualquier beneficio. El Departamento Local de Servicios Sociales validará los reclamos por robo de beneficios a través de los datos del procesador de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), extractos de clientes, datos de tiendas minoristas, dispositivos de duplicado identificados u otra información similar.

**LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO
SU FIRMA REPRESENTA SU DECLARACIÓN DE PÉRDIDA**

- Entiendo que las denuncias de robo de beneficios electrónicos deben presentarse dentro de los 30 días calendario del descubrimiento del robo por duplicado, clonación u otros métodos fraudulentos similares.
- Entiendo que los beneficios de reemplazo a causa de un robo no pueden superar el monto de dos meses de beneficios de SNAP o el monto de la pérdida real que denuncié, lo que sea menor.
- Entiendo que debo firmar y devolver esta declaración dentro de los 10 días hábiles de la fecha en la que denuncié el robo en el hogar ante mi Departamento Local de Servicios Sociales; de lo contrario, mis beneficios no se podrán reemplazar.
- Entiendo que los beneficios perdidos a causa de un robo no se pueden reemplazar más de dos veces en un año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre de cada año: 10/1/2022 – 9/30/2024).
- Entiendo que el reemplazo de los beneficios a causa de un robo solo se puede reclamar desde el **10/1/2022** hasta el **9/30/2024**.
- Entiendo que quedaré sujeto a sanciones si tergiverso los hechos, incluidas, entre otras, a una acusación de falso testimonio por una declaración falsa.
- Entiendo que tengo derecho a una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión de reemplazar los beneficios por parte del Departamento Local de Servicios Sociales.

Firma del cliente

Fecha