

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL COMPLEMENTAR DE RI
Solicitação para reposição de alimentos comprados com benefícios SNAP

Nome do caso	Número do telefone	Endereço: rua, cidade/município
Nº do caso/Nº de Segurança Social		Escritório do DHS

INSTRUÇÕES

Este formulário deve ser assinado e devolvido dentro de 10 dias da data em que a perda de alimentos foi relatada ao Departamento de Serviços Humanos de RI ou os benefícios não serão substituídos.

- Forneça comprovante da perda relatada no endereço do recipiente do SNAP. Alguém com conhecimento da sua perda (incluindo, mas não limitado a, locadores, funcionários de órgãos comunitários, departamentos de bombeiros, autoridades habitacionais e vizinhos) podem preencher o verso deste formulário a ser enviado como comprovante da sua perda de alimentos.

Por favor, entregue, envie pelo correio ou por fax o formulário preenchido ao seu escritório local do DHS, localidades listadas em www.dhs.ri.gov, ou telefone para a linha de informações DHS de RI em 1.855.MY.RIDHS (1.855.697.4347). Você também pode contatar a linha de assistência URI SNAP Outreach em 1.866.306.0270.

CERTIFICAÇÃO

Eu, _____, sou o chefe da residência ou um representante autorizado para o caso nomeado acima e gostaria de relatar o seguinte ao Departamento de Serviços Humanos.

Minha família sofreu um infortúnio/prejuízo residencial e \$ _____ em alimentos comprados com os benefícios SNAP foram destruídos ou roubados.

NOTA: A solicitação para reposição não deve ser maior que a sua cota mensal normal e deve ser relativa a alimentos comprados com os benefícios SNAP que foram destruídos em um infortúnio/prejuízo residencial. A quantia da sua solicitação deve ser reduzida pelo valor de itens não perecíveis que não foram destruídos.

Informe esta perda de alimentos ao DHS pela primeira vez (marque um):

- ao preencher este formulário
- ao telefonar para _____ em _____
nome do funcionário do DHS (se souber) data
- outro: _____

Entendo que estarei sujeito a penalidades se eu deturpar os fatos incluindo, mas não limitado a, acusação de perjúrio por falsa declaração.

Assinatura

Data

Recibo SNAP-55

(Guarde este recibo para o seu controle)

NOME DO CASO: _____

NOME DO FUNCIONÁRIO DO DHS: _____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DO DHS: _____

LOCALIDADE DO DHS DE RECEBIMENTO: _____

DATA: _____

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL COMPLEMENTAR DE RI
Solicitação para reposição de alimentos comprados com benefícios SNAP

Verificação de desastre/perda

Tenho conhecimento dos alimentos perdidos relatado por:

Recipiente do SNAP: _____ (nome)

de _____ (endereço)

em _____ (data da perda dos alimentos).

Ao assinar abaixo, verifico que o acima mencionado recipiente do SNAP sofreu uma perda de alimentos. Forneci minhas informações para contato para que o DHS possa entrar em contato comigo caso haja dúvidas sobre a minha verificação.

Assinatura _____

Data _____

Nome em letras de forma _____

Telefone _____

Endereço _____

NOTA: A verificação pode ser fornecida por qualquer pessoa que não more na residência recebedora do SNAP com conhecimento da perda de alimentos incluindo, mas não limitado a, locadores, funcionários de órgãos comunitários, departamentos de bombeiros, autoridades habitacionais e vizinhos.