

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA DE RHODE ISLAND
Pedido de reemplazo de alimentos comprados con los beneficios del SNAP

Nombre del titular del caso	Número de teléfono	Dirección: calle, ciudad o pueblo
Número de caso/Número de seguro social		Oficina del <i>Department of Human Services</i> (DHS, Departamento de Servicios Humanos)

INSTRUCCIONES

Este formulario se debe firmar y regresar en el plazo de 10 días a partir de la fecha en que la pérdida de alimentos se haya denunciado al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island. En caso contrario, no se reemplazarán los alimentos.

- Proporcione el comprobante de la pérdida denunciada, ocurrida en la dirección del beneficiario del *Supplementary Nutrition Assistance Program* (SNAP, Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria). Alguien que esté en conocimiento de la pérdida (incluidos, entre otros, arrendatarios, personal de organismos comunitarios o departamentos de bomberos, autoridades de vivienda y vecinos) puede completar el dorso de este formulario, como prueba de la pérdida de sus alimentos.

Entregue, envíe por correo electrónico o por fax este formulario completado a la oficina local del DHS (las oficinas locales figuran en la lista del sitio web (www.dhs.ri.gov) o llame a la línea de informes del DHS de Rhode Island, al número 1.855.MY.RIDHS (1.855.697.4347). Asimismo, puede comunicarse con la Línea para Asistencia a la Comunidad, de la *University of Rhode Island* (URI, Universidad de Rhode Island) y del SNAP, al número 1.866.306.0270.

CERTIFICACIÓN

Yo _____, soy el responsable del grupo familiar o el representante autorizado del caso mencionado al inicio y deseo denunciar lo siguiente al Departamento de Servicios Humanos.

Mi grupo familiar experimentó un infortunio/una pérdida en el hogar y \$_____ en alimentos comprados con los beneficios del SNAP resultaron destruidos o robados.

NOTA: La solicitud de reemplazo no debe ser mayor que su asignación mensual normal y debe corresponder a alimentos comprados con el beneficio del SNAP que hayan resultado destruidos debido a un infortunio o una pérdida en el hogar del grupo familiar. Usted deberá reducir el monto de su solicitud en el valor que corresponda a los artículos no percederos que no resultaron destruidos.

En primer lugar, hice saber al DHS de esta pérdida de alimentos por medio de (*marque una opción*):

Este formulario completado

Llamando a _____ el _____
Nombre del miembro del personal del DHS (si lo conoce) Fecha

Otro: _____

Comprendo que si tergiverso los hechos, será pasible de sanciones como la acusación en mi contra de cometer perjurio por reclamaciones falsas.

Firma

Fecha

Recibo del SNAP-55
(*Guarde este recibo para su constancia*)

NOMBRE DEL TITULAR DEL CASO: _____

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DEL DHS: _____

FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DEL DHS: _____

UBICACIÓN DEL DHS RECEPTOR: _____

FECHA _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA DE RHODE ISLAND
Pedido de reemplazo de alimentos comprados con los beneficios del SNAP

Verificación de desastre/pérdida

Tengo conocimiento de la pérdida de alimentos denunciada por:

el beneficiario del SNAP _____ (nombre)

de _____ (dirección)

el _____ (fecha de la pérdida de alimentos).

Con mi firma a continuación, doy fe de que el beneficiario antes mencionado del SNAP sufrió una pérdida de alimentos. He proporcionado mi información de contacto a fin de que el DHS pueda comunicarse conmigo si existen dudas acerca de cuanto he confirmado.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Teléfono _____

Dirección _____

NOTA: Cualquier persona podrá proporcionar la verificación, siempre que no pertenezca al grupo familiar que reciba el SNAP, y tenga conocimiento de la pérdida de alimentos. Dichas personas podrán ser, entre otros, arrendatarios, personal de organismos comunitarios o departamentos de bomberos, autoridades de vivienda y vecinos.