



### Aviso de Perdida/Solicitud de Reemplazo de Alimento Debido a una Desgracia en el Hogar o Infortunio

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
(Nombre (Calle)  
\_\_\_\_\_, Massachusetts  
(Ciudad/Código Postal)

EBT Card # \_\_\_\_\_ certifico que necesito un reemplazo alimento porque  
los comestibles que había comprador con los beneficios de SNAP, por \$ \_\_\_\_\_, fueron  
destruidos en una desgracia en el hogar o infortunio.

La desgracia en el hogar o infortunio que ocurrió en \_\_\_\_\_ fué: (Explique)  
(Fecha)

Certifico so pena perjurio, que toda la información aquí ofrecida es correcta y cierta.

Entiendo que si hago una declaración falsa intencionalmente, sobre la pérdida de mi los comestibles  
comprados con beneficios de SNAP; o si falsifico, oculto o me abstengo de declarar los hechos, seré  
acusada (o) de violar intencionalmente el programa. Una acusación por violación intencional del  
programa, podrá resultar en la pérdida de beneficios del SNAP por 12 meses la primera vez; 24 meses  
por una segunda violación y en forma permanente por una tercera violación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Hogar Fecha  
\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo Fecha

La desgracia ocurrida en el hogar mencionada anteriormente fué confirmada por:

- Visita al hogar en \_\_\_\_\_  
Fecha
- Contacto collateral con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha
- Documentación enviada por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Agencia de la Comunidad Fecha

\_\_\_\_\_  
Administrador del caso Fecha