Use este formulario si necesita un reemplazo de los beneficios de SNAP porque se los robaron debido a un robo fraudulento de la tarjeta, clonación de la tarjeta, u otros métodos fraudulentos similares entre 1 de octubre de 2022 al 30 de septiembre de 2024.

Complete y firme este formulario y devuélvalo al DSS en un plazo de 10 días calendario. También puede completar este formulario en línea en www.ct.gov/snap/replacementbenefits.

**Con mi firma debajo, testifico lo siguiente:**

 Mi Nombre es:

Mi Dirección es:

 Mi ID de Cliente es #:

Mi Teléfono es:

Yo creo que me robaron mis beneficios de SNAP debido a un robo de la tarjeta, una clonación, u otros métodos fraudulentos similares.

La fecha en que descubrí que me habían robado los beneficios de SNAP fue:

 La cantidad total de los beneficios de SNAP robados fue: $ \_

Describa la pérdida o el robo de los beneficios (sea lo más específico posible e incluya las
fechas en las que se utilizaron los beneficios, y el nombre y dirección del minorista, si los conoce):

# CERTIFICACIÓN - Favor de leerla atentamente antes de firmar debajo

Yo entiendo lo siguiente (1) Tengo 30 días calendario a partir de la fecha en que descubrí que mis beneficios fueron robados para solicitar el reemplazo; (2) Los beneficios de reemplazo debido al robo no pueden exceder dos meses de beneficios de SNAP o la cantidad de mi pérdida actual informada, lo que sea menor; **3) DSS debe recibir este formulario firmado dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que lo envió a DSS para poder recibir los beneficios de reemplazo del SNAP**; (4) Los beneficios perdidos por robo no se pueden reemplazar más de dos veces en un año fiscal federal; (5) Las solicitudes de reemplazo de beneficios solo pueden hacerse por robos ocurridos entre el 1 de octubre de 2022 al 30 de septiembre de 2024.

Si a sabiendas he dado información incorrecta sobre los hechos indicados anteriormente, se me puede acusar de violación intencional del programa (IPV) y puedo estar sujeto/a a sanciones civiles y penales, incluyendo, pero no limitadas a, perjurio por una reclamación falsa. Entiendo que tengo derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión de reemplazo de beneficios tomada por el DSS.

Firma Fecha

 **Envíe los formularios completados a: Department of Social Services**

Greater Hartford Field Office

20 Meadow Road

Windsor, CT 06095

Si es sordo o tiene problemas de audición y dispone de un TDD/TTY, llame a nuestra línea directa TDD/TTY al 1-800-842-4524. El DSS también dispone de ayudas auxiliares para los discapacitados visuales. Llame al 1-855-626-6632 para obtener más información.

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades