



# Departamento de Servicios Sociales

## Prueba de Pérdida de Alimentos – Formulario de Contacto Colateral

Nombre: \_\_\_\_\_ ID de Cliente del DSS # \_\_\_\_\_

Para obtener beneficios SNAP de reemplazo, usted debe mostrar prueba de la pérdida de alimentos debido a un desastre o un infortunio en el hogar. **Escriba aquí su dirección de residencia:**

### Hay dos maneras de demostrar la pérdida de los alimentos:

- A. Pídale a alguna persona que no sea de su hogar, pero que sepa de su pérdida de los alimentos, que complete la parte de abajo de este formulario. Esta persona se llama su “contacto colateral”.
- O**
- B. Si su pérdida de comida fue a causa de haberse quedado sin electricidad (o de un corte de la energía), puede darnos una carta de su compañía eléctrica, del departamento de bomberos, o de la Cruz Roja diciendo que estuvo sin electricidad por 4 horas o mas. Si nos envía una carta de este tipo, usted no necesita obtener un contacto de garantía y no necesita darnos este formulario. Puede darnos la carta y el formulario “Solicitud de Reemplazo de Alimentos Comprados con Beneficios de SNAP”.

**Para obtener beneficios de reemplazo, usted tiene que enviarnos el formulario “Solicitud de Reemplazo de Alimentos Comprados con Beneficios de SNAP” y (1) este formulario, o (2) una carta como se indica en el punto B.**

### Declaración de Pérdida de Alimentos por su Contacto Colateral

Su contacto colateral es la persona que conoce su pérdida de alimentos (pero no puede ser alguien de su hogar). Su contacto colateral debe completar esta parte del formulario.

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Persona de Contacto Colateral) (Nombre del Cliente)

perdió los alimentos debido a \_\_\_\_\_  
(Razón de la Pérdida de los Alimentos)

Si la pérdida de los alimentos se debió a falta de electricidad, yo declaro que:

\_\_\_\_\_ estuvo sin electricidad por 4 horas o mas.  
(Nombre del Cliente)

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma del Contacto Colateral)

### Dirección y número de teléfono del contacto collateral:

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Envíe los formularios completados al:** DSS Scanning Center, P.O. Box 1320 Manchester, CT 06045-1320 o llévelos a cualquier oficina del DSS.

Si usted es sordo o tiene problemas de audición y tiene un dispositivo TDD/TTY, llame a nuestra línea directa de TDD/TTY al 1-800-842-4524. El DSS también tiene ayudas auxiliares para personas con discapacidad visual. llame al 1-855-626-6632 para obtener información.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



W-1226S Proof of Food Loss