



**ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES**

W-3037S
(Rev 9/24)

Solicitud de Reemplazo de Beneficios de SNAP Robados

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 20 de diciembre de 2024.

Complete y firme este formulario y devuélvalo al Departamento de Servicios Sociales (DSS) dentro de los 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 robo fraudulento de la tarjeta, clonación de la tarjeta 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 – POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR ABAJO

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 a un robo no pueden exceder la cantidad equivalente a dos meses de beneficios de SNAP o la cantidad de mi pérdida actual informada, lo que sea menor; **3) Para recibir beneficios de reemplazo de SNAP, DSS debe recibir este formulario firmado a más tardar 10 días calendario después de la fecha en que fue enviado por DSS** (4) Solo puedo recibir beneficios de reemplazo dos veces debido a un robo en un año fiscal federal. Un año fiscal federal comienza el 1 de octubre y termina el 30 de septiembre; (5) Las solicitudes de reemplazo de beneficios solo pueden hacerse por robos ocurridos entre el **1 de octubre de 2022 al 20 de diciembre 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 una Audiencia Imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión de DSS con respecto a mi solicitud de beneficios de reemplazo.

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