W-1225
(Rev. 1/21)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

Solicitud de Reemplazo de Alimentos Comprados con Beneficios de SNAP

Use este formulario si usted necesita beneficios de reemplazo de SNAP porque los alimentos comprados en su hogar con los beneficios de SNAP se destruyeron debido de un desastre o un infortunio en el hogar.

1. Para recibir los beneficios de reemplazo de SNAP, usted tiene que mostrar prueba de la pérdida de los alimentos debido a un desastre o un infortunio en el hogar. Consulte el formulario adjunto de Prueba de Pérdida de Alimentos (formulario número W-1226).
2. Complete y firme este formulario y devuélvalo al DSS antes de _____.

Con mi firma debajo, yo doy fe de lo siguiente:

Mi nombre es: _____ Mi dirección es: _____

_____

Mi ID de cliente es (si lo sabe): _____ Mi teléfono es: _____

Los alimentos que mi familia compró con beneficios de SNAP fue destruida a causa de un desastre o un infortunio en el hogar.

El desastre o un infortunio en el hogar fue: _____
(por ejemplo, incendio, inundación, falta de electricidad, etc.) y ocurrió en la fecha: _____

Nota: Si está solicitando un reemplazo de alimentos por haberse quedado sin servicio eléctrico, usted tiene que haber estado sin electricidad por 4 horas o más.

La comida dañada que fue comprada con beneficios de SNAP valía: $ _____

CERTIFICACIÓN – Por favor, lea cuidadosamente antes de firmar debajo

Yo entiendo lo siguiente: (1) No recibiré más que el monto de mi beneficio mensual de SNAP, a menos que haya recibido recientemente beneficios restaurados; **(2) El DSS debe recibir esta declaración firmada dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que yo le informé mi pérdida al DSS, para recibir el reemplazo de los alimentos;** (3) Solo puedo solicitar el reemplazo de los beneficios de SNAP por los alimentos que había comprado con los beneficios que quedaron destruidos debido a un desastre o otro infortunio en el hogar; y (4) Mi solicitud no puede incluir el valor de los artículos no perecederos que no quedaron destruidos. Autoridad legal: 7 CFR § 274.6.

Si yo a sabiendas proporcioné información incorrecta sobre los hechos mencionados anteriormente, puedo ser acusado/a de una violación intencional del programa (IPV) y estar sujeto/a á sanciones civiles y penales, que incluyen, pero no se limitan, a perjurio por un reclamo falso. Si se determina que cometí una IPV, no seré elegible para recibir beneficios de SNAP durante 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y nunca más por la tercera violación.

Firma _____ Fecha _____

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.