

ATESTACION Y VERIFICACIÓN DE DESASTRE SUFRIDO POR EL NÚCLEO FAMILIAR QUE RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS (FOOD STAMP, FS)

Para obtener la reposición de beneficios de FS por alimentos destruidos en un desastre, debe informarnos del desastre en el plazo de 10 días de ocurrido. Después de informarnos sobre el desastre, use este formulario para atestar y demostrar el desastre (incendio, inundación, corte de energía temporal, etc.) en el que perdió alimentos comprados con beneficios de FS. Debe llenar ambas partes de este formulario. Después nos lo debe devolver **en el plazo de 10 días después de informarnos sobre el desastre. El monto en dólares a reponer no superará su asignación mensual del beneficio.**

Debe informarnos la fecha del desastre y el valor de los alimentos perdidos. También debe presentarnos comprobantes del desastre. De no hacerlo, se le podría negar o podría demorar en recibir la reposición de su beneficio de FS.

PARTE A: SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE BENEFICIOS DE FS

Nombre del integrante de la familia que recibe FS			Número de caso		
Dirección			N.º de teléfono		
Ciudad	Estado	Código postal			

Doy fe bajo pena de falso testimonio sin juramento de conformidad con RSA 641:3, que perdí los alimentos comprados con los beneficios de FS de mi familia, como consecuencia de _____ (ejemplo incendio, inundación, corte de energía temporal, etc.). Leí y entiendo las sanciones que se aplican por dar información falsa que se explican al dorso de este formulario.

Fecha del desastre	\$	Valor de los alimentos perdidos que se compraron con sus beneficios de FS (Si esta cifra es mayor que el monto de FS que recibió en el mes del desastre, solamente recibirá el monto que recibió ese mes).
---------------------------	-----------	---

Firma del integrante de la familia que recibe FS	Fecha
---	--------------

PARTE B: COMPROBANTE DEL DESASTRE (INCENDIO, INUNDACIÓN, CORTE DE ENERGÍA TEMPORAL, ETC.)

Debe presentarnos un comprobante de que su familia sufrió un desastre. ¿Tiene una carta de un organismo, como por ejemplo una compañía de seguros, el departamento de bomberos, la empresa de energía eléctrica o la Cruz Roja? De ser así, no tiene que completar esta parte. La carta del organismo es el comprobante del desastre que sufrió. Si incluye esa carta al devolver este formulario, solo debe completar la Parte A anterior. Si no tiene una carta de un organismo con respecto al desastre que sufrió, debe:

- Pedirle a otra persona que llene la casilla de más abajo. Esta persona podría ser el dueño de la propiedad, un vecino, o cualquier otra persona que **no** sea un integrante de su núcleo familiar que recibe FS y sepa del desastre.

Doy fe bajo pena de falso testimonio sin juramento de conformidad con 641:3, que la declaración de la persona que se menciona anteriormente es auténtica y veraz a mi leal saber y entender.

Nombre en imprenta: _____ Número de teléfono: _____

Relación con la familia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

O

- Si no puede contactar a alguien que pueda llenar la casilla citada anteriormente, podemos intentar contactar a alguien por usted. Díganos el nombre y la información de contacto de la persona y su relación con usted. Esta persona puede trabajar para un organismo, como por ejemplo una compañía de seguros, el departamento de bomberos, la empresa de energía eléctrica o la Cruz Roja. Esta persona también podría ser el dueño de la propiedad, un vecino, o cualquier otra persona que **no** sea un integrante de su núcleo familiar que recibe FS y sepa del desastre.

Nombre: _____ N.º de teléfono _____

Relación con usted: _____

ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES

Cualquier persona que haga una declaración falsa deliberada o tergiversar sus circunstancias puede ser declarada culpable de violar la ley estatal. Las sanciones son: delito grave de clase A cuando el valor de la recompensa monetaria o bienes o servicios es superior a \$1,000; delito grave de clase B cuando el valor supera los \$100; y delito menor cuando el valor no supera los \$100. RSA 167:17-b y 17-c.

Cualquiera que cometa una infracción al programa deliberada (IPV, por sus siglas en inglés) en el Programa de cupones de alimentos, no recibirá estos beneficios por 12 meses, en el caso de la 1a. IPV, 24 meses por la 2a. IPV, y permanentemente, por la 3a. IPV. 7 CFR 253.8(b).

AVISO DE DERECHO A UN RECURSO ADMINISTRATIVO

Usted o alguien que lo represente puede solicitar un recurso administrativo si no está satisfecho con la decisión del DHHS de negar o retrasar la reposición de sus beneficios perdidos. No se harán reposiciones mientras su recurso de apelación esté pendiente. Para solicitar un recurso administrativo, puede ponerse en contacto con la Unidad de recursos de apelación directamente al 1-800-852-3345, extensión 4292. También puede escribir usted mismo una carta para solicitar un recurso de apelación. Envíe su solicitud escrita al DHHS a 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. Puede representarse a usted mismo, tener un abogado, u otra persona, como un familiar o un amigo pueden representarlo en el recurso administrativo. El DHHS no pagará el costo de los servicios legales que desee. Sin embargo, en NH puede acceder a servicios legales gratuitos o de costo reducido. Para obtener información sobre esos servicios o una recomendación, llame a New Hampshire Legal Aid al 1-800-639-5290.