



**Petición Para Reemplazar
Alimentos Destruídos**

Fecha: _____

cc8dd194-0bd6-4de3-b9da-cf58db0f16cc

Nombre: _____
Dirección: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Número del Caso: _____

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

We have this notice in English. To request this notice in English, go to the ABE-MMC website or call 1-800-843-6154 (TTY 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay).

Puede manejar su caso por Internet en abe.illinois.gov

Sección I (Para ser completado y firmado por un miembro del caso de beneficios SNAP o por el Representante Aprobado)

Yo declaro que \$ _____ en alimentos que compré con beneficios SNAP fueron destruidos debido a un desastre en el hogar. Entiendo que si falsifico este reporte o altero los hechos, podré ser enjuiciado con una posible pena máxima de \$10,000 y / o cinco años de prisión.

Fecha en que los alimentos fueron destruidos: _____

Descripción del Desastre en el Hogar: _____

Firma del Participante
o Representante Aprobado: _____ Fecha: _____

Sección II (Para ser Completado por el Centro de Recursos Para Familias y Comunidad) Si el cliente reporta que sus alimentos fueron destruidos, asegúrese que los beneficios se otorgaron en los 30 días antes del desastre.

Mes Efectivo de Beneficios SNAP: _____

Cantidad de Beneficios SNAP: _____

Fecha que fueron otorgados los beneficios SNAP: _____

Fecha que se reportó la pérdida de beneficios: _____

Verificación o comprobante del desastre: _____

Cantidad de reemplazo aprobado: _____
(La cantidad no puede ser mayor que los beneficios SNAP otorgados)

Motivo reemplazo fue negado: _____
Motivo

Trabajador(a) Social: _____ Fecha: _____

Supervisor: _____ Fecha: _____