

REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH
SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS

If you are blind or seriously visually impaired and need this application/form in an alternative format, you may request one from your social services district. For additional information regarding the types of formats available, contact your social services district or visit www.otda.ny.gov.

If you are blind or seriously visually impaired, would you like to receive written notices in an alternative format? Yes No

If Yes, check the type of format you would like: Large Print
_____ Data CD Audio CD Braille, if you assert that none of the other alternative formats will be equally effective for you.

If you require another accommodation, please contact your social services district.

NEW YORK STATE		OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE		
CASE NAME		COUNTY		
CASE NUMBER	SSN	DATE OF BIRTH		
ADDRESS (including house and Apt number)	CITY	STATE	ZIP	PHONE NUMBER

I _____, am the head of household or an adult household member for the above named case and wish to report the following to the agency representative:

My household experienced a loss in the amount of \$ _____ of food purchased with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, destroyed as a result of:

- ☐A power outage
- ☐A fire
- ☐A flood
- ☐Other disaster Describe: _____

Worker Comments: _____

Client Comments: _____

CERTIFICATION
DO NOT SIGN UNTIL YOU HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATEMENTS BELOW

I am aware that offering a false instrument for filing as described in Article 175 of the Penal Law is a crime that may have a maximum penalty of four (4) year’s imprisonment. If I do so, I will be subject to prosecution under the Civil and Criminal Laws of the United States and New York State and under the regulations of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance.

I understand I have a right to a fair hearing to contest the denial or delay of a replacement issuance for my household. Replacements would not be issued pending the fair hearing decision.

I understand that if I do not sign and return this statement to the agency within ten (10) days of the date the loss was reported, the agency will not replace the SNAP benefits.

Signature	Date
-----------	------

*Please return this completed form to your local County Social Service Department (SSD) or for NYC residents visit the HRA website for a list of the local center closest to you.

RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DI ALIMENTI ACQUISTATI CON
 PRESTAZIONI DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE
 (SNAP)

Se lei è cieco, o soffre di disturbi importanti alla vista, e ha bisogno di ricevere questo modulo in un formato diverso, può richiederlo al suo distretto dei servizi sociali. Per maggiori informazioni sui tipi di formati disponibili, contatti il suo distretto dei servizi sociali o visiti il sito www.otda.ny.gov.

Se lei è cieco, o soffre di disturbi importanti alla vista, desidera ricevere gli avvisi per iscritto in un formato alternativo?
 _____ Sì
 _____ No

Se Sì, spunti il tipo di formato che desidera:
 _____ Stampa in grande formato
 _____ CD dati
 _____ CD audio
 _____ Braille, se lei dichiara che nessuno degli altri formati alternativi le è utile.

Se ha bisogno di un'altra sistemazione, contatti per favore il suo distretto dei servizi sociali.

STATO DI NEW YORK				OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE	
NOME PRATICA				CONTEA	
NUMERO PRATICA		SSN		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO (compreso numero civico e di appartamento)		LOCALITÀ	STATO	CAP	NUMERO DI TELEFONO

Io sottoscritto _____, sono il capofamiglia o un componente adulto del nucleo familiare relativo alla pratica sopra indicata e desidero segnalare quanto segue al rappresentante dell'agenzia:

Il mio nucleo familiare ha subito una perdita di importo pari a \$ _____ di alimenti acquistati con prestazioni del programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), andati distrutti a causa di:

☐ Un'interruzione di corrente
 ☐ Un'alluvione
 ☐ Un incendio
 ☐ Altro disastro
 Descrizione: _____

Osservazioni dell'operatore: _____

Osservazioni dell'assistito: _____

CERTIFICAZIONE
 FIRMARE SOLTANTO DOPO AVER LETTO E COMPRESO LE AFFERMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO

Sono consapevole che la presentazione di un atto falso, secondo quanto descritto all'articolo 175 del Codice penale, è un reato e può causare una sanzione massima di quattro (4) anni di reclusione. Se io mi comportassi in tal modo, sarei soggetto a procedimento giudiziario in base al Codice civile e penale degli Stati Uniti e dello Stato di New York e in base ai regolamenti dell'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità dello Stato di New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance).

Ho compreso che ho diritto a un'udienza imparziale per ricorrere contro un rifiuto o un ritardo nel rilascio della sostituzione a favore del mio nucleo familiare. In attesa della decisione dell'udienza imparziale non sarebbe rilasciata alcuna sostituzione.

Ho compreso che, se io non firmerò e non restituirò la presente dichiarazione all'agenzia entro dieci (10) giorni dalla data della perdita segnalata, l'agenzia non sostituirà le prestazioni SNAP.

Firma	Data
-------	------

*Restituisca il presente modulo compilato al Dipartimento dei servizi sociali (SSD) conteale della sua zona, oppure, per i residenti della città di New York, è possibile trovare sul sito web HRA la lista con il centro locale più vicino.