

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.

פארלאנג פאר פארגוטיגונג פון עסן וואס איז געקויפט געווארן מיט
צוגעקומענע נערונג הילף פראגראם (SNAP) בענעפיטן

אויב איר זענט בלינד אדער האט אן ערנסטע זע-קראפט באגרעניצונג, און איר דארפט די
אפליקאציע/פארם אין אן אנדערן פארמאט, קענט איר עס פארלאנגען פון אייער סאושעל
סערוויסעס דיסטריקט. פאר מער אינפארמאציע איבער די סארטן פארמאטן וועלכע זענען
דא צו באקומען, פארבינדט זיך מיט אייער סאושעל סערוויסעס דיסטריקט אדער באזוכט
www.otda.ny.gov.

אויב איר זענט בלינד אדער עס איז אייך שווער צו זעהן, וואלט איר געוואלט באקומען
געשריבענע מעלדונגען אין אן אנדערן פארמאט? _____ יא _____ ניין

אויב יא, צייכנט די סארט פארמאט וואס איר ווילט _____ גרויסע דרוק _____ דאטא CD
_____ אודיא CD _____ ברעיל, אויב איר באשטעטיגט אז קיין איינס פון די אנדערע פארמאטן
וועלן נישט ארבעטן די זעלבע גוט פאר אייך.

אויב איר דארפט אז מיר זאלן אייך צושטעלן אויף אן אנדערן אופן, פארבינדט אייך ביטע מיט
אייער סאושעל סערוויסעס דיסטריקט.

קעיס נאמען:				קאונטי	
קעיס נומער		SSN		געבורטס דאטום	
אדרעס (אריינגערעכנט הויז און דירה נומער)		שטאט	סטעיט	זיפ	טעלעפאן נומער

אייך _____, בין די בעל הבית פון מיין הויזגעזונד אדער אן ערוואקסענע הויזגעזונד
מיטגליד פאר די אויבנדערמאנטן קעיס און וויל באריכטן די פאלגנדע צו די אגענטור פארשטייער:

מיין הויזגעזונד האט דורכגעגאנגען א פארלוסט אין די סומע פון \$ _____ פון עסן וואס איז געקויפט
געווארן מיט צוגעקומענע נערונג הילף פראגראם (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), וואס איז געשעדיגט
געווארן צוליב:

☐ א קורצשלוס ☐ א פארפלייצונג
☐ א פייער ☐ אנדערע אומגליק שילדערט: _____

ארבעטער קאמענטארן: _____

קליענט קאמענטארן: _____

סערטיפיקאציע

שרייבט נישט אונטער ביז איר האט געליינט און פארשטאנען די דערקלערונגען אונטן

אייך ווייס אז געבן פאלשע אינפארמאציע פאר פיילינג ווי געשילדערט אין ארטיקל 175 פון די פענאל געזעץ איז א פארברעכן וואס
קען האבן א מאקסימום שטראף פון פיר (4) יאר טורמע. אויב איך טו דאס, וועל איך זיין אויסגעשטעלט צו שטראפן אונטער די
ציווילע און קרימינאלע געזעצן פון די פאראייניגטע שטאטן און ניו יארק סטעיט און אונטער די רעגולאציעס פון די ניו יארק סטעיט
אפיס פון צייטווייליגע און דיסאביליטי הילף.

אייך פארשטיי אז איך האב א רעכט צו א יושר'דיגע הירינג צו קעגנשטעלן די אפזאג אדער פארשפעטיגונג אין ארויסגעבן א
פארגוטיגונג פאר מיין הויזגעזונד. פארגוטיגונגען וועלן נישט ארויסגעגעבן ווערן איידער די יושר'דיגע הירינג באשלוס.

אייך פארשטיי אז אויב איך שרייב נישט אונטער און שיק נישט צוריק דעם דערקלערונג צום אגענטור דערין צען (10) טעג פון די
דאטום פון ווען די פארלוסט איז באריכטעט געווארן, וועט די אגענטור נישט פארגוטיגן די SNAP בענעפיטן.

אונטערשריפט	דאטום
-------------	-------

*ביטע שיקט צוריק די אויסגעפולטע בויגן צו אייער לאקאלע קאונטי סאושעל סערוויסעס דעפארטמענט (SSD) אדער פאר NYC איינוואוינער
באזוכט די HRA וועבסייט פאר א ליסטע פון די לאקאלע סענטער וואס איז די נענטסטע צו אייך.