

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE  
División de Servicios Sociales

DECLARACIÓN JURADA PARA SOLICITAR REEMPLAZO DE BENEFICIOS

Condado: \_\_\_\_\_

Nº. de caso de "FNS.": \_\_\_\_\_

Fecha del reporte: \_\_\_\_\_

Mes/Año de emisión: \_\_\_\_\_

Jefe del hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Razón del reporte y Acción de reemplazo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[ ] Por el presente certifico bajo pena de perjurio y/o fraude que los alimentos comprados con los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición han sido destruidos debido a una calamidad en mi hogar. La cantidad de alimentos comprados con los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición que se perdieron en la calamidad es de \$ \_\_\_\_\_. Yo entiendo que la cantidad máxima de reemplazo no puede ser mayor que la cantidad de beneficios de mi unidad de Servicios de Alimentos y Nutrición por un mes.

[ ] Por el presente certifico bajo pena de perjurio y/o fraude que mis beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición fueron robados bajo coacción. He reportado esto a la agencia de las autoridades correspondientes y se ha presentado un informe a la policía.

Razón del reporte y Acción Suplementaria: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[ ] Por la presente certifico bajo pena de perjurio y/o fraude que he sufrido daños por el desastre por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_. Entiendo que el Suplemento resultará en traer mis beneficios al máximo permitido de acuerdo al tamaño de mi Grupo Familiar. Los Grupos Familiares que ya han recibido el beneficio máximo permitido no son elegibles para suplementos.

Esta Declaración jurada debe ser firmada y devuelta a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición dentro de diez días calendario a partir de la fecha del reporte mostrada arriba, o sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición no serán reemplazados.

Entiendo que si soy encontrado culpable de una violación intencional del programa al dar información falsa intencionalmente, Yo:

- No obtendré Servicios de Alimentos y Nutrición por 12 meses la primera vez que yo fuera encontrado culpable;
- No obtendré Servicios de Alimentos y Nutrición por 24 meses la segunda vez; **y**
- No obtendré Servicios de Alimentos y Nutrición por el resto de mi vida la tercera vez.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo (si la firma es por "x" u otra marca): \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**

Fecha autorizada para reemplazo: \_\_\_\_\_ Cantidad de reemplazo/suplemento:\$ \_\_\_\_\_  
Firma del trabajador: \_\_\_\_\_ Número del trabajador: \_\_\_\_\_