

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CAROLINE DU NORD**  
**Division des services sociaux**

**DÉCLARATION SOUS SERMENT DE REMPLACEMENT**

Comté : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier FNS : \_\_\_\_\_

Date du rapport : \_\_\_\_\_

Mois/Année de publication : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motif du rapport et action de remplacement :

Je certifie par la présente, sous peine de sanction pour parjure et/ou pour fraude, que les denrées alimentaires achetées grâce à mes prestations des Services d'alimentation et de nutrition (Food and Nutrition Services, FNS) ont été détruites en raison d'une infortune ménagère. Le montant en dollars correspondant à la nourriture qui a été achetée avec les prestations des Services d'alimentation et de nutrition, mais perdue dans l'infortune, est de \_\_\_\_\$. Je comprends que le montant maximum de remplacement ne peut pas excéder le montant des prestations que je reçois chaque mois de la part des Services d'alimentation et de nutrition.

Je certifie par la présente, sous peine de sanctions pour parjure et/ou pour fraude, que le montant des prestations des Services d'alimentation et de nutrition a été volé sous la contrainte. J'ai rapporté cet événement à la police et un rapport de police a été enregistré.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La présente déclaration sous serment doit être signée et renvoyée au bureau des Services d'alimentation et de nutrition dans les dix jours civils à compter de la date du rapport, indiquée ci-dessus, ou votre prestation des Services d'alimentation et de nutrition ne sera pas remplacée.

Je comprends que si je suis reconnu(e) coupable de violation intentionnelle du programme en faisant une fausse déclaration à dessein :

- Je n'obtiendrai pas de Services d'alimentation et de nutrition pendant 12 mois, la première fois que je suis reconnu(e) coupable ;
- Je n'obtiendrai pas de Services d'alimentation et de nutrition pendant 24 mois, la deuxième fois que je suis reconnu(e) coupable ; **et**
- Je n'obtiendrai plus jamais de Services d'alimentation et de nutrition, la troisième fois.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoin (si la signature est un x ou tout autre signe) : \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU**

Date du remplacement autorisé : \_\_\_\_\_ Montant du remplacement : \_\_\_\_\_ \$

Signature de l'agent : \_\_\_\_\_ Numéro de l'agent : \_\_\_\_\_