

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE**  
**División de Servicios Sociales**  
**DECLARACIÓN JURADA E SCRITA PARA SOLICITAR REEMPLAZO DE BENEFICIOS**

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

Nº. de caso de "FNS.": \_\_\_\_\_

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

Mes/Año de emisión: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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 o de SUN Bucks han sido destruidos debido a una calamidad en mi hogar. El monto de alimentos comprados con los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición que se perdieron en la calamidad es de \$ \_\_\_\_\_. Yo entiendo que el monto máximo de reemplazo no puede ser mayor que el monto de beneficios de mi unidad de Servicios de Alimentos y Nutrición o SUN Bucks por un mes.
- [ ] Por el presente certifico bajo pena de perjurio y/o fraude que mis beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición o SUN Bucks fueron robados bajo coacción. He reportado esto a la agencia del orden público correspondiente 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 llevar mis beneficios al máximo permitido de acuerdo con el tamaño de mi hogar. Los hogares que ya han recibido el beneficio máximo permitido no son elegibles para suplementos.

Esta Declaración jurada escrita 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 o SUN Bucks no serán reemplazados/suplementados. Si solo recibe beneficios de SUN Bucks, envíe este formulario por correo a la Sección de Servicios de Alimentación y Nutrición de la División de Bienestar Infantil y Familiar a la atención de: Sun Bucks 2416 Mail Service Center, Raleigh, Carolina del Norte 27699-2418 o para obtener más instrucciones, llame al 919-707-5659, o envíe un correo electrónico a [dcfw.fns.admin@dhhs.nc.gov](mailto:dcfw.fns.admin@dhhs.nc.gov)

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

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

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

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

<b>SÓLO PARA USO DE LA OFICINA</b>	
Date Replacement/Supplement Authorized: _____	Replacement/Supplement Amount: \$ _____
Workers Signature: _____	Workers Telephone Number: _____