

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES (DSS) SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (FNS)**

DECLARACIÓN JURADA PARA REEMPLAZAR BENEFICIOS ELECTRÓNICOS ROBADOS

Si descubre que le robaron beneficios de su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) debido a la falsificación de tarjetas, clonación y métodos fraudulentos similares, debe completar y firmar esta declaración jurada y devolverla a su departamento local de servicios sociales (DSS, por sus siglas en inglés). Recibirá automáticamente una nueva tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) después de enviar este formulario a su agencia local.

Si descubrió que sus beneficios fueron robados entre el 1 de octubre de 2022 y el 28 de agosto de 2023, tiene hasta 30 días calendario después del descubrimiento o el recibir de la notificación, para ser considerado un informe a tiempo del robo electrónico de beneficios. Si descubre que sus beneficios fueron robados el 28 de agosto de 2023 o más tarde, debe presentar esta declaración jurada firmada dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que descubrió que le robaron los beneficios para que su solicitud de beneficios de reemplazo se considere a tiempo.

Puede enviar por correo, fax, traer la declaración jurada en persona a su agencia local o solicitar que sus beneficios robados sean reemplazados por teléfono con una firma telefónica. La declaración jurada también puede ser aceptada por correo electrónico o por portal para subir documentos, si su agencia DSS tiene uno, consulte con su agencia local.

Condado: _____ Número de caso (no requerido): _____
Nombre: _____ Fecha(s) en que fueron robados los beneficios electrónicos: _____
Dirección: _____

Por la presente certifico bajo pena de perjurio y/o fraude que mis beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS) por un monto de \$ _____ fueron robados de mi tarjeta EBT (a través de skimming de tarjetas, clonación de tarjeta o medios fraudulentos similares) entre las fechas del 1 de octubre de 2022 y el 30 de septiembre de 2024. Entiendo que si me encuentran culpable de una violación intencional del programa al dar información falsa yo:

- No recibiré Servicios de Alimentos y Nutrición durante 12 meses la primera vez que me declaren culpable;
- No recibiré Servicios de Alimentos y Nutrición durante 24 meses por segunda vez declarado culpable; y
- No recibiré Servicios de Alimentos y Nutrición por el resto de mi vida la tercera vez.

Nota: NO es obligatorio reportar sus beneficios de FNS robados a la agencia local de orden público y/o presentar un informe policial para solicitar beneficios de reemplazo.

Marque la(s) casilla(s) que mejor describa dónde se encontraba y cómo se robaron los beneficios electrónicos de FNS.

- ¿Estaba su tarjeta EBT con usted durante el tiempo en que le robaron sus beneficios?
 ¿Respondió a un mensaje de texto sobre una cuenta bloqueada?
 ¿Estaba fuera del estado cuando le robaron sus beneficios?
 Otros _____

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo (si la firma es por "x" u otra marca): _____

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Check the appropriate box Approved Denied

Date Replacement Authorized: _____ Replacement Amount: \$ _____

Caseworker Signature: _____ Telephone Number: _____