

**Declaración jurada de no recibo o pérdida de beneficios del
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)**

Núm. de caso:	Oficina encargada de la certificación	Nombre del caso	Fecha en que se informó	Fecha de recibo
Dirección actual		Ciudad	Estado	Código postal

Los beneficios prioritarios se expidieron mientras no estaba funcionando TIERS

No se han entregado beneficios de SNAP para mi hogar ni los hemos recibido para el mes de _____.
MM/AAAA

Reposición de beneficios

Domicilio anterior (si corresponde)			
Mes y año del beneficio (MM/AAAA)	Cantidad asignada	Número de la certificación original	Fecha de la certificación original
Algunos de los alimentos de mi hogar adquiridos con los beneficios de SNAP se perdieron durante un desastre en la vivienda el _____. MM/DD/AAAA			
El valor de los alimentos perdidos es _____.			
No se autorizará la certificación de beneficios de reposición a menos que la oficina local reciba una copia firmada de esta declaración jurada en los diez días siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.			

Certifico que la declaración marcada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier persona que obtenga o use los beneficios de SNAP para los que no llena los requisitos podría ser acusada de un delito penal, y recibir una condena de multa, prisión o ambas.

Firma de la persona cabeza de familia o responsable de la familia

Fecha