

**REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH
SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS**

If you are blind or seriously visually impaired and need this application/form in an alternative format, you may request one from your social services district. For additional information regarding the types of formats available, contact your social services district or visit www.otda.ny.gov.

If you are blind or seriously visually impaired, would you like to receive written notices in an alternative format? ___ Yes ___ No

If Yes, check the type of format you would like: ___ Large Print
___ Data CD ___ Audio CD ___ Braille, if you assert that none of the other alternative formats will be equally effective for you.

If you require another accommodation, please contact your social services district.

NEW YORK STATE		OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE		
CASE NAME			COUNTY	
CASE NUMBER		SSN		DATE OF BIRTH
ADDRESS (including house and Apt number)	CITY	STATE	ZIP	PHONE NUMBER

I _____, am the head of household or an adult household member for the above named case and wish to report the following to the agency representative:

My household experienced a loss in the amount of \$ _____ of food purchased with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, destroyed as a result of:

- A power outage A flood
 A fire Other disaster Describe: _____

Worker Comments: _____

Client Comments: _____

CERTIFICATION

DO NOT SIGN UNTIL YOU HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATEMENTS BELOW

I am aware that offering a false instrument for filing as described in Article 175 of the Penal Law is a crime that may have a maximum penalty of four (4) year's imprisonment. If I do so, I will be subject to prosecution under the Civil and Criminal Laws of the United States and New York State and under the regulations of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance.

I understand I have a right to a fair hearing to contest the denial or delay of a replacement issuance for my household. Replacements would not be issued pending the fair hearing decision.

I understand that if I do not sign and return this statement to the agency within ten (10) days of the date the loss was reported, the agency will not replace the SNAP benefits.

Signature	Date
-----------	------

*Please return this completed form to your local County Social Service Department (SSD) or for NYC residents visit the HRA website for a list of the local center closest to you.

**ПРОСЬБА ОБ ОБМЕНЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ, ПРИОБРЕТЕННЫХ
НА ПОСОБИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ – SNAP**

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, и вам требуется бланк заявления либо эти инструкции в другом формате, вы можете их попросить у вашего отдела социальных служб. Для получения дополнительной информации о имеющихся видах форматов, свяжитесь с вашим отделом социальных служб или посетите страничку www.otda.ny.gov.

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, хотели бы вы получать уведомления в другом формате? __ Да __ Нет

Если да, отметьте предпочитаемый формат: __ Крупный шрифт __ Диск с форматом данных __ Аудио-диск __ Язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов вам не подходит.

Если вам необходимы альтернативные условия, просьба связаться с вашим отделом социальных служб.

ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

CASE NAME				ОКРУГ
НОМЕР ДЕЛА		SSN		ДАТА РОЖДЕНИЯ
АДРЕС (вкл. номер дома и квартиры)	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Я, _____, являюсь главой или совершеннолетним членом группы совместно проживающих лиц, дело которых указано выше и хотел (хотела) бы сообщить представителю агентства следующую информацию:

Наша группа лишилась продуктов питания на сумму \$ _____, приобретенных за счет программы дополнительного питания SNAP, которые испортились в результате:

- Перебоев в снабжении электроэнергией Наводнения
 Пожара Другого стихийного бедствия, укажите какого: _____

Примечания сотрудника: _____

Примечания клиента: _____

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

**НЕ ПОДПИСЫВАЙТЕ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА ВЫ НЕ ПРОЧИТАЕТЕ ЕГО И НЕ ПОЙМЕТЕ
СМЫСЛ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ**

Я понимаю, что представление поддельных документов, в соответствии со статьей 175 уголовного кодекса, является преступлением, и максимальным наказанием за его совершение могут явиться 4 года лишения свободы. Если я совершу такое преступление, я буду подлежать судебному преследованию в соответствии с гражданским и уголовным законодательством США и в соответствии с правилами Офиса штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным.

Я знаю, что у меня есть право на справедливое судебное разбирательство, чтобы оспорить отказ или задержку выдачи замены, испрашиваемой мною для группы совместно со мной проживающих лиц. Обмен будет предоставлен только после беспристрастного слушания, на котором будет принято соответствующее решение.

Я понимаю, что если я не подпишу и не верну это заявление в агентство в течение 10 (десяти) дней с того дня, что я сообщил о потере, агентство не возместит пособие SNAP.

Подпись	Дата
---------	------

*Пожалуйста, верните заполненную форму в ваш местный отдел социальных служб или в местное отделение управления HRA, если вы живете в городе Нью-Йорк (список отделений на вебсайте HRA).