

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 fire
- ☐A flood
- ☐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.

এর দ্বারা ক্রয় করা খাদ্যের প্রতিস্থাপনের অনুরোধ
সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SUPPLEMENTAL NUTRITION
ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) বেনিফিট

আপনি অন্ধ বা আপনার গুরুতর দৃষ্টিশক্তির সমস্যা থাকলে এবং যদি আপনার এই আবেদনটি/ফর্মটি কোন বিকল্প বিন্যাসে প্রয়োজন হয়, আপনি আপনার সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টে (social services district, SSD) সেটির জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যে ধরনের বিন্যাস উপলব্ধ রয়েছে সে সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্যের জন্য আপনার সোশাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ করুন অথবা www.otda.ny.gov পরিদর্শন করুন।

আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি কী বিকল্প পদ্ধতিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান? _____ হ্যাঁ _____ না

হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফরম্যাটে পেতে চান তাতে টিক দিন:
বড় মুদ্রণ _____ ডেটা CD _____ অডিও CD _____ ব্রেইল, আপনি যদি _____
দৃঢ়ভাবে বলেন যে অন্যান্য বিকল্প পদ্ধতিগুলি আপনার জন্য সমান কার্যকর নয়।

আপনার যদি অন্য কোনো বন্দোবস্তের প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ করুন।

নিউইয়র্ক স্টেটের		অস্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহায়তার অফিস (NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE)		
কেসের নাম		কাউন্টি		
মামলা নম্বর	SSN	জন্ম তারিখ		
ঠিকানা (বাড়ি এবং অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর)	শহর	স্টেট	জিপ	ফোন নম্বর

আমি, _____, পরিবারের প্রধান অথবা পরিবারের প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য উপরে উল্লিখিত কেসের ক্ষেত্রে এবং এজেন্সির প্রতিনিধির কাছে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো জানাতে চাই:

আমার পরিবার খাদ্য ক্রয়ের ক্ষেত্রে সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SNAP) সুবিধাবলীসহ _____ ডলারের ক্ষতির সম্মুখীন হয়েছে, যার কারণ:

- ☐ বিদ্যুৎ সংযোগ ব্যাহত হওয়া
- ☐ বন্যা
- ☐ আগুন লাগা
- ☐ অন্যান্য বিপর্যয় বিবরণ দিন: _____

কর্মীর মন্তব্য: _____

গ্রাহকের মন্তব্য: _____

প্রত্যয়ন
যতক্ষণ না নিম্নলিখিত বিবৃতিগুলি পড়ে বুঝেছেন ততক্ষণ সই করবেন না

আমি এ বিষয়ে সচেতন যে দণ্ডবিধির আর্টিকেল 175 এ যেমন বর্ণিত আছে, ফাইলিংয়ের জন্য একটি মিথ্যা নথি প্রদান করা একটি অপরাধ যার জন্য চার (4) বছর অবধি কারাদণ্ডের সর্বোচ্চ শাস্তি হতে পারে। যদি আমি তা করি, আমি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র এবং নিউইয়র্ক স্টেটের দেওয়ানী ও ফৌজদারি আইনের এবং নিউইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিজেব্যালিটি অ্যাসিস্ট্যান্সের বিধিসমূহের অধীনে আমার বিচার করা হতে পারে।

আমি অবগত যে আমার পরিবারের জন্য একটি প্রতিস্থাপন জারি করা অননুমোদিত অথবা বিলম্ব হলে তার বিরুদ্ধে আমার একটি ন্যায্য শুনানির অধিকার আছে। ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত বাকি থাকলে প্রতিস্থাপন জারি করা হবে না।

আমি বুঝি যে হারিয়ে যাওয়ার কথা জানানোর দশ (10) দিনের মধ্যে যদি আমি এই বিবৃতিটি স্বাক্ষর না করি, এজেন্সি SNAP সুবিধাবলী প্রতিস্থাপন করবে না।

স্বাক্ষর	তারিখ
----------	-------

* অনুগ্রহ করে এই সম্পূর্ণ ফর্মটি আপনার স্থানীয় কাউন্টির সোশ্যাল সার্ভিস ডিপার্টমেন্ট (Social Service Department, SSD) এ বা নিউইয়র্ক সিটিতে বসবাসকারীদের জন্য আপনার নিকটতম স্থানীয় কেন্দ্রের তালিকার জন্য HRA-র ওয়েবসাইটে যান।