

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](http://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.

طلب استبدال الأغذية المشتراة عن طريق  
مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناپ)

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير وتحتاج إلى طلب أو إلى هذه التعليمات بصيغة بديلة،  
يمكنك طلبهم من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية  
بخصوص الصيغ المتاحة يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك أو زر  
[www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير، هل ترغب في تلقي الاخطارات الكتابية بصيغة  
بديلة؟ نعم لا

إذا أجبت بنعم، ضع إشارة أمام الصيغة التي تفضلها: نسخة بخط كبير نسخة  
إلكترونية على CD نسخة صوتية على CD بريل، إذا كنت تؤكد بأن الصيغ  
الأخرى لن تكون مفيدة بشكل مساو لك.

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات أخرى يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

ولاية نيويورك				مكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز	
اسم الملف		المقاطعة			
رقم الملف		رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد	
العنوان (بما في ذلك رقم المنزل ورقم الشقة)		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف

أنا \_\_\_\_\_ ، كبير الأسرة أو أحد أفرادها البالغين، تحت رقم الملف أعلاه، وأرغب في إبلاغ ممثل  
الوكالة بما يلي:

تكدّ أهل داري خسارة بمبلغ \_\_\_\_\_ دولار أمريكي في المواد الغذائية المشتراة بمخصصات برنامج المعونة الغذائية  
التكميلية (سناپ)، والتي فسدت بسبب:

<input type="checkbox"/>	انقطاع التيار الكهربائي	<input type="checkbox"/>	الفيضان
<input type="checkbox"/>	الحريق	<input type="checkbox"/>	كارثة أخرى خلاف ذلك

اذكر: \_\_\_\_\_

تعليقات مسؤول الملف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

تعليقات العميل: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

إقرار  
لا توقع قبل أن تقرأ وتفهم البيان التالي

أدرك أن تقديم بيانات غير صحيحة لحفظها في الملف على النحو المنصوص عليه في المادة 175 من قانون العقوبات يعتبر جريمة قد تصل  
عقوبتها إلى السجن لأربعة (4) سنوات. وسوف أخضع في هذه الحالة لأمر اعتقال بمقتضى القوانين المدنية والجزائية للولايات المتحدة وولاية  
نيويورك، وبموجب لوائح مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز.  
وأدرك أنه يحق لي عقد جلسة إنصاف للطعن على رفض أو تأخير إصدار البديل لأسرتي. وأنه لن يتم إصدار البدائل لحين صدور قرار جلسة  
الإنصاف.  
وأدرك كذلك أنه إذا لم أوقع على هذا البيان وتسليمه إلى الوكالة في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ الإبلاغ عن الخسارة، لن تقوم الوكالة  
باستبدال مخصصات سناپ.

التوقيع	التاريخ
---------	---------

\* يرجى إعادة هذا النموذج بعد إكماله إلى إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية في المقاطعة أو – بالنسبة لسكان مدينة نيويورك – يرجى زيارة موقع إدارة الموارد  
البشرية للحصول على قائمة بالمركز المحلي الأقرب إليك.