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.

보충 영양 지원 프로그램(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM: SNAP) 급여금으로 구입하는 식품의 교체 요청

귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인이어서 이 신청서의 대체 형식이 필요한 경우에는 해당 사회복지 지구에서 그 형식을 요청할 수 있습니다. 가용 형식의 타입 관련 추가 정보를 원하시면 해당 사회복지 지구에 문의하거나 www.otda.ny.gov를 방문하십시오.

귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인인 경우, 통지서를 대체 형식으로 받으시겠습니까? ☐ **예** ☐ **아니오**

예인 경우, 원하시는 형식의 타입에 체크하십시오: ☐ **큰 글자** ☐ **데이터 CD** ☐ **오디오 CD** ☐ **점자, 다른 대체 형식 중 어느 것도 본인에게 동일한 효과가 없다고 주장하시는 경우.**

다른 편의 서비스가 필요한 경우, 해당 사회복지 지구에 문의하시기 바랍니다.

뉴욕주임시장애지원실

케이스 명칭				카운티
케이스 번호	SSN(사회 보장 번호)			생년월일
주소 *(주택 및 아파트 번호 포함)*	시	주	우편번호	전화번호

상기 사례 가족의 가장 또는 성인 가족 일원인 본인 _____은(는) 수행 기관의 담당자에게 다음 보고를 제출하고자 합니다:

본인 가족은 아래의 결과로 인해, 영양 보충 지원 프로그램(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM: SNAP) 혜택으로 구입한 식품에 대해 _____달러의 손실을 입었습니다:

☐정전 ☐침수
☐화재 ☐기타 재해 설명: _____

_____

사회복지사 코멘트: _____

_____

_____

대상자 코멘트: _____

_____

인증서

다음의 진술 내용을 읽고 이해하기 전에는 서명하지 마십시오

본인은 형법 제175조에 기술된 바와 같이 허위 증서의 제출은 최대 4년 동안의 징역형을 받을 수 있는 범죄 행위라는 사실을 알고 있습니다. 그러한 행동을 하는 경우, 본인은 미국 및 뉴욕주의 민사법과 형사법 그리고 뉴욕주 임시 장애지원 담당실(OTDA)의 규정에 의해 기소를 당할 것입니다.

본인에게는 본인 가족에게 제공되는 식품 대체에 대한 거절 또는 지연을 항의하기 위한 공정한 공청회 요청 권리가 있음을 알고 있습니다. 식품 대체는 공정한 공청회의 개최가 미결 상태인 동안 제공되지 않을 것입니다.

본인은 손실 보고 날짜로부터 10일 이내에 본 진술서에 서명한 후 담당 기관에 제출하지 않는 경우, SNAP 혜택에 대한 대체가 제공되지 않는 다는 점을 이해합니다.

서명	일자

***작성된 양식을 본인 카운티 사회복지과(SSD)에 제출하시고 또는 뉴욕시 거주자의 경우 HRA 웹사이트에 방문하여 근처 지역 센터의 리스트 확인이 가능합니다.**