

### CERTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN DE DESASTRE PARA UN HOGAR DE SNAP

Para obtener un reemplazo de los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por alimentos destruidos en un desastre, debe informarnos del desastre en un plazo de 10 días desde que ocurrió. Después de informarnos sobre el desastre, utilice este formulario para certificar y probar el desastre (incendio, inundación, corte de energía, etc.) en el que perdió los alimentos comprados con los beneficios de SNAP. Debe completar las dos partes de este formulario. Luego, debe devolvérselo **dentro de los 10 días de comunicado el desastre. La cantidad en dólares que se reemplace no será superior a la asignación mensual de beneficios.**

Debe indicarnos la fecha del desastre y el valor de los alimentos perdidos. Asimismo, debe presentar constancia del desastre. Si no lo hace, es posible que le neguemos o demoremos el reemplazo de sus beneficios de SNAP.

#### **PARTE A: SOLICITUD DE REEMPLAZO DE BENEFICIOS DE SNAP**

<b>Nombre del miembro del hogar de SNAP</b>			<b>Caso número</b>
<b>Dirección (calle)</b>			<b>Teléfono N.º</b>
<b>Ciudad/pueblo</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	

Declaro, bajo pena de falsificación no jurada, de conformidad con RSA 641:3, que perdí alimentos comprados con los beneficios de SNAP de mi hogar, debido a \_\_\_\_\_ (ejemplo: incendio, inundación, corte de electricidad, etc.). He leído y comprendo las sanciones por dar información falsa que se explican al dorso de este formulario.

<b>Fecha del desastre</b>	<b>\$</b> <b>Valor de los alimentos perdidos que se compraron con los beneficios de SNAP</b> <b>(Si este número es superior al monto de SNAP que recibió el mes del desastre, solo recibirá el monto que obtuvo ese mes).</b>
---------------------------	---

<b>Firma del miembro del hogar de SNAP</b>	<b>Fecha</b>
--	--------------

#### **PARTE B: CONSTANCIA DEL DESASTRE (INCENDIO, INUNDACIÓN, CORTE DE ELECTRICIDAD, ETC.)**

Debe presentar constancia de que su hogar sufrió un desastre. ¿Tiene una carta de una agencia, como una compañía de seguros, el departamento de bomberos, una compañía eléctrica o la Cruz Roja? Si es así, no tiene que completar esta parte. Esa carta de la agencia es la constancia del desastre. Si incluye esa carta cuando devuelva este formulario, solo tendrá que completar la parte A anterior. Si no dispone de una carta de una agencia sobre el desastre, deberá:

- Pedir a otra persona que complete la casilla a continuación. Esta persona puede ser el propietario, vecino o cualquier otra persona que **no** sea miembro de su hogar de SNAP y que sepa del desastre.

Declaro, bajo pena de falsificación no jurada, de conformidad con RSA 641:3, que la declaración de la persona arriba mencionada anteriormente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.	
Nombre en letra de imprenta: _____	Número de teléfono: _____
Relación con el hogar: _____	
Firma: _____	Fecha: _____

#### **O**

- Si no puede contactar a alguien que pueda completar la casilla anterior, podemos intentar contactar a alguien por usted. Díganos el nombre de la persona, la información de contacto y la relación que tiene con usted. Esta persona puede trabajar para una agencia, como una compañía de seguros, el departamento de bomberos, una compañía eléctrica o la Cruz Roja. Esta persona puede ser el propietario, vecino o cualquier otra persona que **no** sea miembro de su hogar de SNAP y que tenga conocimientos sobre el desastre.

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

## **ADVERTENCIA DE SANCIÓN**

Cualquier persona que intencionalmente haga una declaración falsa o tergiversar sus circunstancias puede ser declarada culpable de infringir la ley estatal. Las sanciones se aplican de la siguiente manera: como delitos graves de clase A cuando el valor de la compensación monetaria o de los bienes o servicios supera los \$1,000; como delitos graves de clase B cuando el valor supera los \$100 y como delitos menores cuando el valor no supera los \$100. RSA 167:17-b y 17-c.

Toda persona que cometa una infracción intencional del programa (IPV) en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria no obtendrá estos beneficios durante 12 meses si se trata de una primera IPV, durante 24 meses si se trata de una segunda IPV y de forma permanente si se trata de una tercera IPV. 7 CFR 253.8(b).

## **AVISO DE DERECHO A UNA APELACIÓN ADMINISTRATIVA**

Tanto usted como cualquier representante suyo podrá solicitar una apelación administrativa si no está de acuerdo con la decisión del DHHS de denegar o demorar el reemplazo de los beneficios perdidos. No se harán reemplazos mientras el trámite de su apelación esté pendiente. Para solicitar una apelación administrativa, puede contactar a la Unidad de Apelaciones directamente al 1-800-852-3345, extensión 4292. También puede escribir su propia carta para solicitar una apelación. Envíe su solicitud por escrito al DHHS a 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. Puede representarse usted mismo, tener un abogado u otra persona, como un familiar o un amigo, para que lo represente en una apelación administrativa. El DHHS no pagará el costo de los servicios legales que desee. Sin embargo, hay servicios legales gratuitos y de costo reducido disponibles en NH. Para obtener más información sobre estos servicios o una derivación, llame a New Hampshire Legal Aid al 1-800-639-5290.

## **DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles.

Se podrá entregar información del programa en otros idiomas, además de inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades auditivas o discapacidades en el habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse a:

1. correo:

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; or

2. fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.