



## **Solicitud de reemplazo de beneficios de SNAP debido a un desastre o infortunio en el hogar de Residentes de Massachusetts**

### **Envíe este formulario al DTA**

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- En persona en su oficina local del DTA.

### **Instrucciones**

Si usted perdió alimentos comprados con sus beneficios de SNAP debido a un incendio, inundación, falta de electricidad, refrigerador/congelador descompuesto u otro desastre, es posible que podamos reemplazar sus beneficios de SNAP. Lo máximo que podemos reemplazar es un mes de SNAP.

Para solicitar el reemplazo de SNAP:

- Usted debe reportar la pérdida dentro de los 10 días de la pérdida de los alimentos. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. Si usted recibe beneficios en efectivo, llame a su administrador de casos. Si usted solo recibe SNAP, llámenos al 1-877-382-2363. También puede enviar su reporte por correo o fax usando la dirección o el número de fax en la casilla de arriba.
- Luego usted debe completar este formulario y enviarlo al DTA. El DTA debe recibirlo dentro de los 10 días posteriores al reporte de pérdida de los alimentos. (Si usted envía este formulario dentro de los 10 días de la pérdida de los alimentos, no necesita hacer primero otro reporte aparte.)
- El DTA confirmará lo ocurrido comunicándose con un tercero o visitando su domicilio, y emitirá un reemplazo de SNAP si usted fuera elegible.
- El DTA debe emitir un reemplazo de SNAP rápidamente: ya sea dentro de los 10 días de recibir su reporte de pérdida de los alimentos, o dentro de los 2 días laborales de recibir el formulario completo, lo que sea posterior.



**Envíe este formulario al DTA**

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- En persona en su oficina local del DTA

**Solicitud de reemplazo de beneficios de SNAP debido a un desastre o infortunio en el hogar de Residentes de Massachusetts**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ ID del cliente o últimos 4 dígitos del SSN \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de teléfono

Perdí alimentos comprados con mis beneficios de SNAP en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ debido a un desastre o un infortunio en el hogar que ocurrió el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Fecha

El desastre o el infortunio en el hogar fue: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información que entregué es verdadera a mi mejor saber y entender. Entiendo que dar una declaración falsa o engañosa en este formulario a propósito podría ser un crimen (perjurio) o una Violación Intencional del Programa (IPV). Si se encuentra que una persona ha cometido una IPV, esta persona no será elegible para SNAP por 1 año por la primera IPV, por 2 años por la segunda IPV, y permanentemente por la tercera IPV.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha

*Solo para el DTA.* El DTA confirmará el desastre o el infortunio en el hogar por medio de:

- Visita domiciliaria el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha
- Contacto colateral con \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre Fecha
- Documentación de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Agencia comunitaria Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante del Departamento \_\_\_\_\_ Fecha

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.