



**Заявление под присягой Участника программы
 «Основное питание»
 Замена вследствие бытового чрезвычайного
 происшествия
 Basic Food Affidavit
 Replacement for Household Disaster**

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР СЕМЬИ (AU)		
НОМЕР ДОМА, УЛИЦА		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПРИЧИНА ЗАМЕНЫ

Я, _____, заявляю под присягой, что продукты, купленные по льготным условиям в соответствии с программой «Основное питание», выданные мне за месяц _____ 20____, были утрачены вследствие бытового чрезвычайного происшествия.

Дата выдачи: _____, 20____.

Дата утраты продуктов: _____, 20____. Стоимость утраченных продуктов *: \$ _____

* Замена не может превышать количество, отпускаемое на один месяц.

Будучи предупрежденным(-ой) об ответственности за дачу ложных показаний, заявляю, что вышеизложенное - правда. Я понимаю, что получение льгот дважды за один и тот же месяц может быть квалифицировано как мошенничество и может привести к утрате права на участие в программе, штрафу или заключению под стражу.

ПОДПИСЬ ГЛАВЫ СЕМЬИ ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
---	------

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ ФИНАНСОВОЙ СЛУЖБЫ (TO BE COMPLETED BY FINANCIAL WORKER)

1. ORIGINAL ISSUANCE NUMBER	2. DATE ORIGINAL BENEFITS ISSUED	3. AMOUNT OF BENEFITS TO REISSUE (CANNOT EXCEED ONE MONTH ALLOTMENT) \$
4. SIGNATURE OF STAFF AUTHORIZING REPLACEMENT		DATE
5. OFFICE NAME		6. OFFICE NUMBER