



**Declaración jurada de Alimentación Básica
Reemplazo en caso de desastre en el hogar**

**Basic Food Affidavit
Replacement for Household Disaster**

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN AU		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

RAZÓN PARA EL REEMPLAZO

Yo, _____, declaro bajo juramento que los alimentos comprados con los beneficios de Alimentación Básica que me fueron entregados para el mes de _____, 20____ fueron destruidos por un desastre en el hogar.

Fecha de emisión: _____, 20____.

Fecha en que se reportó la pérdida: _____, 20____. Valor de la pérdida*: \$ _____

* El reemplazo no puede superar la asignación correspondiente a un mes.

Bajo pena de perjurio, certifico que lo antedicho es verdadero. Comprendo que guardar dos entregas del mismo mes puede constituir fraude y puede llevar a descalificación, multas o pena de prisión.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A SER COMPLETADO POR EL ASISTENTE SOCIAL (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