

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio  
**DECLARACION DE SOLICITUD**  
**PARA REEMPLAZAR LOS BENEFICIOS DE AYUDA ALIMENTICIA**

Nombre	<b>PARA EL USO DEL CDJFS SOLAMENTE</b>
Dirección	Fecha en que el formulario fué recibido por el grupo de asistencia
Ciudad, Estado, Código Postal	Control/Número de Serie
Fecha en que Reportó la Pérdida	

- Yo solicito el reemplazo de la suma de \$\_\_\_\_\_ en comida la cual fue destruida en un desastre o en un percance. (Explique como ocurrió la destrucción en la sección de **COMENTARIOS** debajo. Verificación del desastre o percance es requerido.)
- Solicitud por otras razones. Sea específico. \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS** (Para ser completa do por el miembro d el grupo de asistencia explic ando como ocurrió la pérdida, si es necesario.)

---



---



---



---

**LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME**

Yo reconozco que si esta declaración no es firmada y devuelta a la agencia del Condado dentro de 10 días de la fecha en que la pérdida fué reportada, la agencia del Condado no reemplazará los beneficios de ayuda alimenticia. Yo certifico que tengo conocimiento de que habrán penalidades si intencionalmente represento mal los hechos, incluyendo pero no limitado a perjurio por declaración falsa. Yo entiendo que la agencia tiene 10 días a partir de la fecha en yo reporté esta pérdida o dos días hábiles a partir de la fecha cuando firmé y devolví este formulario, cualquiera que sea el que llegue más tarde, para expedir cualquier reemplazo que se me deba, a menos que mi solicitud haya sido retrasada o negada.

Firma	Fecha
-------	-------

**Si usted no está de acuerdo con la acción tomada en su caso, usted puede solicitar una audiencia imparcial, verbalmente o por escrito.**