RI SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)
Request for Replacement of Food Purchased with SNAP Benefits

Case Name	Address: City and Town
Case Number/Social Security Number	DHS Office Select location.

I, _____ , am the head of household or an authorized representative for the above named case and wish to report the following to the Department of Human Services.

My household experienced a household misfortune/disaster/loss and $ _____ in food purchased with SNAP benefits was destroyed or stolen.

According to Federal regulations, the request for replacement should not be more than your normal monthly allotment and should be for food purchased with SNAP benefits that was destroyed in a household misfortune/loss. Your request amount should be reduced by the value of non-perishable items that were not destroyed.

CERTIFICATION

I understand that I will be subject to penalties if I misrepresent the facts including but not limited to a charge of perjury for a false claim.

I must sign and return this statement within 10 days of the date I reported the loss to the RI Department of Human Services or my benefits will not be replaced.

- Please provide proof of address of disaster/loss location (DHS may request verification of reported loss consistent with DHS Rules Section 1036 to determine that the destruction occurred).
- I have ☐ or have not ☐ previously received emergency SNAP disaster benefits.
- If yes, please provide date(s) of replacement SNAP benefits: _____

Signature ***Date*** ***Client Id #***

Please drop off, mail or fax your completed form to your local DHS office, locations listed at **www.dhs.ri.gov**, or call the **RI DHS information line at 401.462.5300**. You may also contact the **URI SNAP Outreach Assistance line at 1.866.306.0270.**

Tear/ Cut Off Here

Keep this receipt for your records

CASE NAME: _____

DHS STAFF NAME: _____

DHS STAFF SIGNATURE: _____

DATE: _____

SNAP-55 Receipt

RI Programa de Cupones para Alimentos (SNAP)
Solicitud de sustitución de los alimentos comprados con los beneficios de SNAP

Nombre del caso	Dirección: Ciudad y Ciudad
Número de caso/Número de Seguro Social	DHS Oficina Elegir la localidad.

Yo, _____ , soy el jefe de familia o un representante autorizado para el caso antes mencionado y el deseo de informar lo siguiente al Departamento de Servicios Humanos.

Mi hogar experimentó una desgracia familiar / disaster / pérdida y $ _____ de dólares en alimentos comprados con los beneficios de SNAP fue destruida o robada.

De acuerdo con las regulaciones federales, la solicitud de sustitución no debe ser superior a su asignación mensual normal y debe ser para los alimentos comprados con cupones para alimentos que fueron destruidos en una desgracia familiar / pérdida. El monto de su solicitud debe ser reducida por el valor de artículos no perecederos que no fueron destruidas.

CERTIFICACIÓN

Yo entiendo que voy a ser objeto de sanciones si tergiversan los hechos, incluyendo pero no limitado a un cargo de perjurio por una declaración falsa.

Tengo que firmar y devolver esta declaración dentro de 10 días de la fecha en que informó de la derrota ante el Departamento de Servicios Humanos de RI o mis beneficios no serán reemplazados.

- Por favor, presentar prueba de domicilio de la ubicación de desastres / pérdidas (DHS pueden solicitar la verificación de pérdidas reportadas de conformidad con la Sección 1036 del DHS Reglas para determinar que la destrucción se produjo).
- Yo he ☐ o no he ☐ recibido previamente beneficios de emergencia de desastre SNAP.
- En caso afirmativo, indique la fecha (s) de cupones para alimentos de reemplazos beneficios:

_____

Firma ***Fecha*** ***Cliente ID #***

Por favor, dejar o mandar por correo el formulario completado a su oficina local del DHS, lugares indicados en www.dhs.ri.gov., O llame a la línea de RI DHS información en 401.462.5300. También puede comunicarse con el SNAP URI de extensión de línea de Asistencia al 1.866.306.0270.

Rasgue/Corte De Aquí

Guarde este recibo para sus archivos

Nombre del caso _____

Nombre del trabajador (a) de DHS _____

Firma del trabajador (a) de DHS _____

Fecha: _____

SNAP-55 Receipt