



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD EN LA FSD

Identificación: Instrucciones disponibles en el reverso del formulario

NOMBRE (TITULAR DEL HOGAR PARA EL PROGRAMA SNAP)	CONDADO DE RESIDENCIA	DCN
DOMICILIO ACTUAL	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN POSTAL (EN CASO DE SER DIFERENTE AL DOMICILIO)	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO

Testimonio o motivo del cliente sobre la pérdida:

Este hogar informa lo siguiente:

- Los alimentos comprados con beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) se arruinaron en un percance doméstico.
- Extravié mi tarjeta EBT de Missouri, me la robaron o no la recibí y usaron los beneficios del SNAP sin mi permiso.
- Retiraron los beneficios del SNAP de mi cuenta EBT por medio de una transacción manual con vales sin mi autorización.

Si no da a conocer la pérdida en un plazo de diez días a partir del incidente o si no envía este testimonio con su firma en un plazo de diez días a partir de la fecha en que se da a conocer la pérdida, no se efectuará ninguna sustitución.

MONTO DE LA PÉRDIDA INFORMADA	FECHA DE LA PÉRDIDA	FECHA DEL INFORME DE LA PÉRDIDA A LA FSD	FECHA EN QUE SE LLENA LA SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN	PROVEEDOR DE ELECTRICIDAD
-------------------------------	---------------------	--	---	---------------------------

Describa las circunstancias en torno a la pérdida de beneficios del SNAP:

Comprobación de la pérdida:

La FSD debe comprobar todas las pérdidas de beneficios del SNAP.

Para el hogar:

Lo siguiente aplica a todas las solicitudes de sustitución de beneficios del SNAP que se hayan perdido de la tarjeta EBT:

- ✓ Si alguna persona que visite o viva en su domicilio o su representante autorizado usaron sus beneficios anteriores, no se harán sustituciones.
- ✓ Si los beneficios se pierden antes de dar a conocer la pérdida o el robo de una tarjeta EBT de Missouri, no se harán sustituciones, a menos que se pierdan antes de que el hogar reciba la tarjeta.
- ✓ Si alguien accede a los beneficios sin permiso del hogar, no se harán sustituciones, a menos que hayan accedido a ellos después de dar a conocer la pérdida o el robo de la tarjeta.

Sección de la firma:

Por este medio certifico, bajo pena de perjurio o fraude, que se perdieron alimentos comprados con los beneficios del Programa SNAP o que se retiraron beneficios del SNAP de una tarjeta EBT sin autorización. Comprendo que si hago declaraciones fraudulentas sobre pérdidas de alimentos o beneficios, ya no podría continuar en el Programa SNAP y podría quedar sujeto(a) a un proceso judicial bajo las leyes federales y estatales.

► Términos y condiciones de la firma digital (al firmar digitalmente, marque la casilla debajo para indicar que está de acuerdo):

Acepto firmar digitalmente esta solicitud de sustitución: Al firmar esta solicitud de sustitución, certifico, bajo pena de perjurio, que todo lo que he manifestado en esta solicitud de sustitución es verdadero y exacto, a mi leal saber y entender. Comprendo que una firma digital tiene el mismo efecto legal y se hace valer de igual modo que una firma escrita. ►

FECHA	FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA SUSTITUCIÓN
-------	---

Envíe su solicitud de sustitución con su firma y sus datos a través del sitio web, por fax o correspondencia a:

- Web: mydssupload.mo.gov
- Fax: 573-526-9400
- Family Support Division
PO BOX 2700
Jefferson City, MO 65102

Instrucciones para llenar la solicitud:

Indique los datos de titular de la familia en el programa SNAP. No es necesario que la persona que llena el formulario sea el titular de la familia. Puede ser un miembro del hogar o un representante autorizado.

Manifestación del cliente/Motivo de la pérdida:

- Monto de la pérdida: Indique el monto en dólares de los alimentos o beneficios perdidos.
- Fecha de la pérdida: Indique la fecha en la que el hogar sufrió la pérdida de los beneficios.
- Fecha del informe de la pérdida a la FSD: Indique la fecha en la que el hogar se comunicó con la FSD para dar a conocer la pérdida.
- Fecha en que se llena la solicitud de sustitución: Indique la fecha en la que el miembro del hogar o el representante autorizado llenó el formulario IM-110.
- Proveedor de electricidad: Indique el nombre del proveedor de electricidad del hogar si el incidente fue ocasionado por una falla en la red eléctrica.

Describa las circunstancias en torno a la pérdida de los beneficios del SNAP:

- Explique detalladamente cómo se perdieron los beneficios

Comprobación de la pérdida:

- Proporcione cualquier documento que tenga para respaldar su solicitud de sustitución. Incluya el nombre y número de teléfono de cualquier persona o agencia que haya contactado para documentar el incidente en el hogar. Si usó algún periódico, introduzca el nombre y la fecha de la publicación.

Manifestación del USDA contra la discriminación

Con apego a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas o en represalia o venganza por actividades de derechos civiles llevadas a cabo con anterioridad.

La información del programa podría ponerse a disposición en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para conocer la información del programa (ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del lenguaje pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service, al teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia contra discriminación, llene el Formulario para Denunciar Discriminación en un Programa del USDA (Formulario AD-3027) al cual puede acceder por Internet en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al teléfono (833) 620-1071 o bien escribiendo una carta dirigida al USDA que incluya el nombre, domicilio y número telefónico del denunciante, junto con una descripción escrita suficientemente detallada del presunto acto de discriminación para que el Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) conozca la naturaleza y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Envíe el formulario AD-3027 con sus datos por medio de cualquiera de las siguientes vías:

1. correspondencia:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314;
2. fax:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442;
3. correo electrónico:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

NOTA: No envíe ningún material de su solicitud a la dirección anterior. La dirección anterior es solo para hacer denuncias relacionadas con los derechos civiles.

Puede entregar su solicitud en cualquier oficina de la FSD, a través del sitio web o por fax.

- Cargue su solicitud: Ingrese a mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su solicitud con sus datos.
- Fax: 573-526-9400