

Nombre del titular de la tarjeta SEBT (nombre, apellido):		Fecha de Nacimiento:
Nombre(s) de los niños cuyos beneficios de SEBT se perdieron:		
Dirección donde ocurrió la pérdida:		
Dirección postal:		
Si la dirección postal es diferente, explique por qué:		
Últimos cuatro dígitos del SSN:	Caso Maestro # o ID de Estudiante si no hay Caso Maestro #:	
Los beneficios de reemplazo de SEBT pueden ser emitidos a los hogares actuales de SEBT cuando los alimentos comprados con beneficios de SEBT fueron destruidos debido a una desgracia del hogar o un desastre natural. Los beneficios de reemplazo se emiten por la cantidad de alimentos realmente destruidos, hasta la cantidad de beneficios ya emitidos para ese mes. <b>Si la pérdida no se informa dentro de los diez días posteriores a la pérdida, o si la agencia estatal no recibe la declaración o declaración jurada firmada dentro de los 10 días posteriores a la fecha del informe, no se realizará ningún reemplazo. Si el décimo día cae en un fin de semana o día festivo, y la declaración se recibe el día después del fin de semana o día festivo, la agencia estatal considerará que la declaración se recibió a tiempo.</b>		
Fecha de Pérdida:	Razón de la Pérdida (inundación, incendio, eléctrico, etc.)	
Valor estimado de los alimentos destruidos comprados con SEBT: ¿Cuál fue el monto en dólares de la comida destruida en el refrigerador? ¿Cuál fue el monto en dólares de los alimentos destruidos en el/los congelador(es)?		
Si la pérdida fue debido a un corte eléctrico, ¿cuál fue el tiempo estimado (horas/minutos) del corte?		
Proveedor de electricidad:		
<b>ADVERTENCIA DE SANCIÓN</b>		
Cualquier persona en su hogar que viole intencionalmente cualquiera de las siguientes reglas puede ser detenida de recibir beneficios de SEBT durante un año, dos años o permanentemente. Pueden ser multados, encarcelados o ambos. <b>Las reglas son:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NO</b> dé información falsa ni oculte información para recibir o continuar recibiendo beneficios de SEBT.</li> <li>• <b>NO</b> entregue ni venda beneficios de SNAP a personas no autorizadas para usarlos.</li> <li>• <b>NO</b> utilice los beneficios de SNAP para comprar artículos no autorizados como tabaco o alcohol.</li> </ul>		
Entiendo las sanciones por ocultar o proporcionar información falsa. Mi hogar necesita asistencia inmediata de EBT como resultado de la pérdida. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y completa según mi leal saber y entender. <b>Este formulario debe ser impreso, firmado y devuelto al DHHS. No se aceptarán firmas electrónicas.</b>		
Firma: _____		Fecha: _____
Fecha en que el DHHS recibió la pérdida/se informó al DHHS (completada por el DHHS):		
<b>Cómo regresar al DHHS:</b> Devuelva el formulario completado y firmado de una de las siguientes maneras: <b>1. Correo electrónico:</b> DHHS.ANDICenter@nebraska.gov <b>2. Correo:</b> DHHS PO Box 2992 Omaha, NE 68103 <b>3. Fax:</b> 402-742-2351 <b>4. Drop off:</b> Devuélvalo a cualquier oficina local del DHHS.		