

Formulario de declaración de pérdida de beneficios de MDHS

Nombre del jefe de familia:
Últimos cuatro (4) dígitos del número de seguro social:
Número de caso de SNAP:
Dirección postal:
Número de teléfono:
Fecha en la que descubrió el robo:

Yo, _____, doy fe de que soy el jefe de familia mencionado anteriormente o un representante autorizado en el caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) indicado con anterioridad. Por este medio, deseo solicitar los beneficios de reemplazo de SNAP por la cantidad mencionada a continuación a fin de cubrir el costo de la pérdida de beneficios por robo debido a duplicado (*skimming*), clonación de tarjeta u otros métodos fraudulentos similares (es decir, robo electrónico de beneficios).

Mencione a continuación los detalles de la transacción de robo. Debe proporcionar la fecha de la transacción y el monto exacto de esta.

Fecha de la transacción	Monto de la transacción

Describa la pérdida o robo de beneficios:

--

¿Tenía la tarjeta SNAP/EBT en su poder al momento del robo de beneficios denunciado anteriormente?

 Sí

 NO (en caso negativo, explique) _____

Es necesario comprobar la pérdida de beneficios antes de reemplazarlos. El Departamento de Servicios Humanos de Mississippi (Mississippi Department of Human Services, MDHS) validará las reclamaciones por robo de beneficios a través de los datos del procesador de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefits Transfer, EBT), las declaraciones de los clientes, los datos de comercios minoristas, los dispositivos de *skimming* identificados, así como cualquier otra información similar.

LEA LAS AFIRMACIONES INCLUIDAS A CONTINUACIÓN ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO

AL FIRMAR CERTIFICA SU PÉRDIDA

Comprendo que las denuncias por robo de beneficios electrónicos se deben presentar en un plazo de 30 días calendario posteriores al descubrimiento del robo.

Comprendo que los beneficios de reemplazo debido a un robo no pueden exceder el monto total de dos meses de beneficios de SNAP o el monto de mi pérdida real denunciada, el monto que sea menor.

Comprendo que la pérdida de beneficios por robo no podrá ser reemplazada más de dos veces en un año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre).

Comprendo que los beneficios de reemplazo por robo solo pueden reclamarse del **1 de octubre de 2022 al 30 de septiembre de 2024**. Los beneficios robados mediante duplicado (*skimming*), clonación de tarjeta u otros métodos fraudulentos similares entre el **1 de octubre de 2022 y el 30 de septiembre de 2024** son elegibles para el reemplazo. Las reclamaciones deben cumplir con los criterios de tiempo de presentación establecidos por el estado.

Comprendo que estaré sujeto a sanciones en caso de tergiversar los hechos, incluso, entre otros, a un cargo por perjurio debido a reclamaciones fraudulentas. Proporcionar información falsa en un intento por obtener beneficios de reemplazo se considera una infracción intencional del programa (Intentional Program Violation, IPV).

Comprendo que tengo derecho a una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión tomada por MDHS referente a los beneficios de reemplazo.

Firma del cliente

Fecha