

Estado de Louisiana
Departamento de Salud de Luisiana
Declaración respecto a la comida que se perdió durante
un infortunio en el hogar

_____ Distrito

Nombre y dirección:	Número de seguridad social	
Nombre del representante de la autoridad:	Número de teléfono	
Monto del beneficio: Benefit Amount	Benefit Month	Issue No.

Los estados abajo firmantes:

Que él/ella es la persona nombrada como jefe del hogar de la certificación previamente descrita, es un miembro responsable del hogar o es el representante autorizado.

Que los alimentos comprados con los beneficios de SNAP se destruyeron en una desgracia familiar debido:

- una inundación, un incendio, un apagón eléctrico que duró por lo menos 24 horas
 otra. Describir: _____

Especifique el valor de la comida que se destruyó: \$ _____

El infrascrito es consciente de las penalizaciones de hacer una falsa declaración intencional de los hechos, incluyendo un cargo de perjurio por cualquier reclamo falso.

Nombre del jefe del hogar u otro miembro responsable del hogar, en letra de imprenta o impreso

Firma del jefe del hogar u otro miembro responsable del hogar

Fecha firmada

Nombre del representante autorizado, en letra de imprenta o impreso

Firma del representante autorizado

Fecha firmada