



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee

Declaración jurada de solicitud de reemplazo de SNAP debido a una adversidad de la unidad familiar e interrupción del servicio eléctrico

| | |
|-----------------------------|-----|
| Nombre (Cabeza de familia) | |
| Número de caso | |
| Dirección actual del núcleo | |
| Ciudad/Pueblo/Estado/Código | , , |

Solicito un reemplazo de los beneficios de SNAP como resultado de una adversidad de la unidad familiar que ocurrió en _____ (**Es necesario ingresar la fecha de la pérdida**).

Certifico que mi unidad familiar ha sufrido pérdida de alimentos por una suma de _____ como resultado de una adversidad de la unidad familiar o de una interrupción del servicio eléctrico de al menos doce (12) horas.

Toda la información presentada en este formulario es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que hacer intencionalmente una declaración falsa o engañosa en este formulario podría ser un delito o una Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés).

| | | | |
|--------------------|--|-------|--|
| Firma del cliente: | | Fecha | |
|--------------------|--|-------|--|

Hay casos en los que es necesario presentar verificación adicional. Indique el nombre y la información de contacto de la persona que pueda comprobar su pérdida, de ser necesario.

| | |
|--------------------------------|--|
| Nombre del garante | |
| Dirección del garante | |
| Ciudad, Estado, Código postal | |
| Número de teléfono del garante | |

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y con las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluidos la identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o represión por actividades previas de derechos civiles.

Se puede ofrecer información respecto al programa en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas norteamericano), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición, o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del reclamante y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o carta debe enviarse a:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.