

NOMBRE DEL CASO	LOCALIDAD
NÚMERO DE CASO	FECHA

SOLICITUD DE REEMPLAZO DE ALIMENTOS

Para que podamos considerar reemplazar el valor de sus alimentos destruidos, usted debe completar y devolver este formulario. Usted debe devolver el formulario completado dentro de 10 días desde la fecha en que los alimentos fueron destruidos o dentro de 10 días a partir de la fecha de arriba.

Nombre del caso	Dirección
Valor de la comida destruida	¿La comida destruida fue comprada con beneficios SNAP? ____Sí ____No
¿Cuándo se destruyó o dañó la comida?	
¿Cómo se destruyó o dañó la comida?	
Si su comida fue destruida o dañada por un corte de electricidad, por favor entregue la siguiente información: Compañía de electricidad: _____ Nombre de la cuenta: _____ Número de cuenta: _____	
Yo certifico que el grupo familiar indicado arriba sufrió la destrucción de comida comprada con beneficios SNAP en el mes de _____, 20____.	
Firma	Fecha

El Departamento de Servicios Humanos de Virginia es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.