

Solicitud de reposición de los beneficios snap por infortunio en el hogar o robo electrónico de beneficios

Es posible que le devuelvan parte de su dinero del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, por sus siglas en inglés)) a su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefits Transfer (EBT, por sus siglas en inglés)) si lo solicita a tiempo.

Ha experimentado:

1) ¿Un infortunio en el hogar? Por ejemplo:

- Inundaciones
- Incendios
- Tormentas
- Fallo de equipos (refrigerador o congelador)
- Cortes de energía que afectan a una sola vivienda
- Cortes de energía que afectan a varios condados.

Por favor, llene la "Sección A: informe de pérdida de alimentos" del formulario de declaración jurada, fírmelo y envíelo en un plazo de 10 días a partir de la descomposición o la pérdida del alimento.

2) ¿Un robo electrónico de beneficios? Por ejemplo:

- Skimming de tarjetas
- Clonación de tarjetas
- Correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas telefónicas de estafa
- Actividades fraudulentas similares.

Por favor, llene la "Sección B: informe de robo electrónico de beneficios" del formulario de declaración jurada, fírmelo y envíelo en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que descubrió la pérdida.

Si su tarjeta se ha visto comprometida debido a un fraude electrónico de la misma, reporte su tarjeta como robada para que cualquier beneficio restante sea protegido frente a futuros robos. Para cancelar su tarjeta, ingrese al sitio web de EBT edge (www.ebtedge.com) o llame a EBT edge al 1-888-997-4447.

Presente su solicitud de reposición de los beneficios del SNAP por teléfono, en persona, por correo electrónico o por correo postal:

Por teléfono 1-800-699-9075 o 711 (TTY)

En persona (encuentre una oficina local en): Oregon.gov/dhs/Benefits/Pages/index.aspx

Por correo electrónico: Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov

Por correo postal (debe recibirse antes de la fecha límite): ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

Obtenga este formulario en otros formatos: llame al centro de atención al cliente de ONE al 1-800-699-9075 para obtener esta carta en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También puede solicitar un intérprete. Este servicio es gratuito. También aceptamos llamadas de retransmisión.

Fecha de notificación al ODHS: _____

Número de caso: _____

Nombre del caso: _____

Declaración jurada para solicitar la reposición de los beneficios del SNAP

(Para solicitar la reposición de alimentos perdidos por un infortunio en el hogar o por robo electrónico de beneficios del SNAP)

***Aviso para el personal del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services (ODHS, por sus siglas en inglés)):** por favor, siga la Guía de referencia rápida de reposición del SNAP para procesar estas solicitudes.

Sección A: informe de pérdida de alimentos por infortunio en el hogar

Se utiliza para informar sobre la pérdida de alimentos adquiridos con los beneficios del SNAP debido a un infortunio en el hogar. Por favor, enumere cada alimento por separado. Incluya el nombre, la ubicación del alimento cuando ocurrió el infortunio (refrigerador, congelador, despensa, etc.) y la cantidad pagada.

Tipo de incidente: _____ Fecha del incidente: _____

Nombre y cantidad de cada alimento destruido	Ubicación del alimento en el momento de la pérdida	Cantidad pagada

Sección B: informe de robo electrónico de beneficios

Se utiliza para informar sobre un robo electrónico de beneficios del SNAP a través de actividades fraudulentas. Por favor, incluya todo lo que sepa sobre cada incidente individual.

¿Usted fue víctima de un robo electrónico de beneficios? Sí No

¿Tenía la tarjeta EBT en su poder en el momento del robo? Sí No

Fecha de los incidentes: _____

Cantidad robada: _____

Información adicional: _____

Al firmar este formulario, entiendo que si proporciono información falsa puedo ser procesado y tendré que devolver los beneficios repuestos.

Firma

Fecha

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera de forma gratuita. Llame al centro de atención al cliente de ONE al 1-800-699-9075. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Declaración de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) no discrimina a nadie. Esto quiere decir que el ODHS ayudará a todos los que cumplan los requisitos y no tratará a nadie de forma diferente por motivos de edad, raza, color, origen nacional, sexo, religión, convicciones políticas¹, discapacidad u orientación sexual.

Puede presentar una denuncia si cree que el ODHS lo trató de forma diferente por cualquiera de estos motivos.

Para presentar una denuncia ante el estado, puede llamar a la Oficina de Defensa del Gobernador al 1-800-442-5238 (TTY 711) o escribir a su oficina en:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301

Por correo electrónico: GAO.info@odhs.oregon.gov

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture (USDA, por sus siglas en inglés)), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, convicciones políticas¹, o represalias por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas americana), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al 800-877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en el programa, el demandante debe llenar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form [Formulario de Denuncia por Discriminación del Programa del USDA], que 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 y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de derechos civiles (Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR, por sus siglas en inglés)) sobre el tipo y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 lleno o la carta deben enviarse:

Por correo postal:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

Por fax: 833-256-1665 o 202-690-7442; o

Por correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

1 Los clientes del SNAP están protegidos contra la discriminación por convicciones políticas.