



<p>仅供 DHS</p> <p>接收日期： _____</p> <p>SSR 姓名： _____</p>

说明：

如果您因家庭不幸遭遇而损失使用哥伦比亚特区 (DC) 补充营养援助计划 (SNAP) 福利所购买的食物，公众服务部 (DHS) 经济安全管理局 (ESA) 可能会为您补发 SNAP 福利。ESA 最多可补发一个月的 SNAP 福利。

家庭不幸遭遇包括：

- 强暴风雨
- 洪水
- 停电至少 4 小时
- 火灾
- 冰箱或冷冻设备故障

如因家庭不幸遭遇而需申请补发 SNAP 福利，请按照以下步骤：

- 在使用 SNAP 福利所购买的食物损失后 **10 天内**，填写并提交随附表格至 ESA。
或者
- 在食物损失后 **10 天内**，您可以致电 ESA 公共福利呼叫中心，电话为 (202) 727-5355（如果您有听力障碍，您则可以拨打 TTY/TDD 711 (855) 532 5465）或者前往服务中心口头或书面报告食物丢失情况。
在提交首次报告后，您有 **10 天** 的时间填写并提交随附表格至 ESA。

您可以通过以下方式提交填写完整的随附表格：

电子方式	邮寄	递送至服务中心	传真
https://districtdirect.dc.gov/ 或者 District Direct 移动应用程序 Apple 或 Google Play 商店	Department of Human Services Case Record Management Unit P.O.Box 91560 Washington, DC 20090	Anacostia 2100 Martin Luther King Avenue SE : 国会山高地：4049 South Capitol Street SW H 街：645 H Street NE	(202) 671-4400

提交随附表格后，ESA 将需核实是否发生了家庭不幸遭遇。ESA 可能会联系第三方或到访您居住的地方以核实家庭不幸遭遇情况。

ESA 必须在您报告使用 SNAP 福利所购买的食物损失后 10 天内或在收到随附表格后 2 个工作日内（以较晚者为准）发放 SNAP 补发福利。

如果您未在家庭发生不幸遭遇后的 10 天内报告使用 SNAP 福利所购买的食物损失，或者可用的证明文件表明补发福利请求似为欺诈行为，ESA 则可能会拒绝您补发 SNAP 福利的请求。



<p>仅供 DHS</p> <p>接收日期： _____</p> <p>SSR 姓名： _____</p>

请填写并签署本表，以完成报告因家庭不幸遭遇而损失用您的哥伦比亚特区 (DC) 补充营养援助计划 (SNAP) 福利所购买食品的程序，并予以考虑补发福利，如有虚假，甘受作伪证之罚。

您的信息：

全名： _____ 出生日期： _____

地址： _____

电话号码： _____ 案例编号： _____

家庭不幸遭遇和食物损失：

家庭不幸遭遇： 强暴风雨 洪水 断电 火灾 其他： _____

家庭不幸遭遇发生日期： _____

使用 SNAP 所购买食物损失估值： \$ _____

处罚警告：

我们将向联邦、州和地方官员核实您在此表中所提供的信息，以了解其是否属实。如果您提供的任何信息不属实，我们可能会终止您的 SNAP 福利，并且您可能会因故意提供错误信息而受到刑事起诉。

如果您故意违反这些规则，您则可能会被处以罚款并入狱，最长可达 20 年。第一次违规，您可能会失去一年的福利，第二次违规，您可能会失去两年的福利，第三次违规，您则可能永久失去福利。如果您谎报居住在哥伦比亚特区或您的身份，则您在十年内都不能获得 SNAP。如果您出售或交易您的 SNAP 用于购买毒品，如被法院定罪，第一次犯罪，您则可能会失去 2 年的福利，第二次犯罪，您则可能会永久失去福利。如果您在涉及销售枪支、弹药或爆炸物的交易中使用或接受福利，或贩卖 \$500 美元或以上的福利，如被法院定罪，第一次犯罪，您便可能会永久失去福利。规则如下：

- 请勿为获得 SNAP 而撒谎或隐瞒信息
- 请勿交易或出售您的 SNAP
- 请勿使用他人 SNAP
- 请勿使用 SNAP 购买烟酒或其他违禁品

证明和签名：

据本人所知和所信，本表上的信息正确无误，且本人用 SNAP 福利所购买食品已因本表所述的家庭不幸遭遇而受损，特此证明和声明，如有虚假，甘受作伪证之罚。我明白，如果我蓄意违反规定，我则可能会失去我的福利，被处以罚款，和/或入狱。我明白，未经授权使用 SNAP 福利的行为均可能会让我面临行政取消资格和/或法律起诉。我特此允许贵方核实我提供的与此 SNAP 福利补发申请有关的任何信息。我明白，如果我的 SNAP 福利补发请求予以拒绝或延迟，我有权获得公平听证，并且在公平听证决定发布之前不会发放补发福利。我明白，如果我未在报告损失之日起十 (10) 天内签署本表并将其交回 ESA，ESA 将不会补发 SNAP 福利。

签名：

日期：



公众服务部经济安全管理局
SNAP 福利补发

仅供 DHS

接收日期： _____

SSR 姓名： _____