



OFICINA DE REVISIÓN, MONITOREO E INVESTIGACIONES DE
PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL
DISTRITO DE COLUMBIA

Para uso exclusivo
del DHS:

Solicitud para el reemplazo de beneficios del SNAP robados

Si perdió los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) del Distrito de Columbia (DC) de su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) por un robo como el *skimming*, la clonación o métodos fraudulentos similares, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) del DC puede reemplazar sus beneficios.

Deberá completar un formulario distinto (DHS-1697) para solicitar el reemplazo de los beneficios en efectivo. Para solicitar el reemplazo de sus beneficios del SNAP robados:

1. Solicite una tarjeta de reemplazo a FIS, el proveedor de tarjetas EBT del Distrito, por teléfono al 888-304-9167 o de forma presencial a uno de los centros de distribución de tarjetas EBT, que se ubican en 645 H Street NE o 1649 Good Hope Road SE.
 - Si no puede ir a un centro de distribución de tarjetas EBT de inmediato, llame a FIS al (888) 304-9167 para cambiar su PIN.
2. Complete y envíe una Solicitud para el reemplazo de beneficios del SNAP robados (formulario de reclamo DHS-1697) a la Oficina de Revisión, Monitoreo e Investigaciones de Programas (OPRMI) dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se enteró de la pérdida de sus beneficios del SNAP.
 - Envíe un formulario de reclamo DHS-1697 en línea.
 - Ingrese en dhs.dc.gov/page/fraudy haga clic en "Replacement of Stolen SNAP Benefits Form" (Formulario para el reemplazo de beneficios del SNAP robados).
 - No envíe un "formulario de denuncia de fraude" en dhs.dc.gov/page/fraud.
 - Descargue una copia del formulario de reclamo DHS-1697 en línea en dhs.dc.gov/page/fraud o solicite una copia mediante los métodos que se indican a continuación para enviarlo por correo o en persona.
 - Envíe por correo o entregue un formulario de reclamo DHS-1697 completo a la OPRMI en 64 New York Avenue NE.
 - Presente la solicitud en persona ante la OPRMI en 64 New York Avenue NE entre las 8:15 a.m. y las 4:45 p.m.
3. Puede solicitar un DHS-1697 u obtener información adicional de la OPRMI si utiliza una de las tres opciones a continuación:
 - Llame para hablar directamente con el personal del DHS al (202) 671-4460, luego presione "1" para hablar con un representante en directo entre las 8:15 a.m. y 4:45 p.m.
 - El DHS ha aumentado el personal para gestionar la afluencia de llamadas, pero anticipe que el tiempo de espera se extienda.
 - Llame a la línea directa de la OPRMI las 24 horas al (202) 673-4464.
 - El correo de voz debe incluir su nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono donde puedan comunicarse con usted.
 - Envíe un correo electrónico a OPRMI@dc.gov con el asunto "Compromised Benefits" (Beneficios comprometidos) y proporcione los detalles de su caso, incluidos su nombre, fecha de nacimiento y un número de teléfono donde puedan comunicarse con usted.

Se le pedirá que envíe un formulario de reclamo DHS-1697 completo y que obtenga una tarjeta de reemplazo antes de que un reclamo se considere completo. Después de enviar su formulario de reclamo DHS-1697 completo, la OPRMI deberá verificar que ocurrió una pérdida y que se completaron todos los pasos requeridos. Si se verifica la pérdida, el DHS emitirá beneficios de reemplazo dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles posteriores a que se completen todos los pasos requeridos.

El DHS puede denegar su solicitud de beneficios de reemplazo si no presenta un formulario de reclamo DHS-1697 completo que informe su pérdida dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que se enteró de la pérdida o si la evidencia disponible es insuficiente para validar su solicitud de beneficios de reemplazo. El DHS solo puede reemplazar el SNAP hasta el monto menor entre el monto de beneficios robados o el monto equivalente a dos (2) meses de su asignación mensual inmediatamente antes de la fecha en que se robaron los beneficios. Los beneficios del SNAP solo se pueden reemplazar dos veces por programa dentro de un año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre). **Deberá completar todos los campos obligatorios en las siguientes tres (3) páginas para que este formulario de reclamo esté completo.**

**OFICINA DE REVISIÓN, MONITOREO E INVESTIGACIONES DE
PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL
DISTRITO DE COLUMBIA**

Solicitud para el reemplazo de beneficios del SNAP robados

Complete y firme este formulario bajo pena de perjurio para completar el proceso de denuncia de una pérdida de beneficios del SNAP robados. Los elementos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

SU INFORMACIÓN

<hr/> *Nombre	<hr/> Segundo nombre	<hr/> *Apellido
<hr/> *Fecha de nacimiento	<hr/> N.º de caso	<hr/> Últimos cuatro (4) dígitos del n.º de tarjeta EBT
<hr/> *Dirección		<hr/> Apartamento n.º
<hr/> *Ciudad	<hr/> *Estado	<hr/> *Código postal
<hr/> *Teléfono	<hr/> Dirección de correo electrónico	

DETALLES DEL RECLAMO

***¿En qué fecha descubrió que le robaron sus beneficios?:** _____

***¿Ha solicitado una tarjeta EBT de reemplazo?** Sí No

Fecha en que se solicitó el reemplazo de la tarjeta EBT: _____

***¿La tarjeta EBT se perdió o fue robada?** Sí No

***¿Tenía su tarjeta EBT consigo cuando le robaron sus beneficios?** Sí No

***¿Cree que fue víctima de alguna forma de robo electrónico de beneficios, como *skimming* o clonación?** Sí No

Deberá enumerar todas las transacciones que está denunciando como beneficios robados en la página siguiente y luego revisar y firmar la última página para que este formulario de reclamo esté completo. También deberá solicitar una tarjeta EBT de reemplazo. Consulte la página 1 de este formulario si tiene alguna pregunta sobre los requisitos.

**OFICINA DE REVISIÓN, MONITOREO E INVESTIGACIONES DE PROGRAMAS
DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

Solicitud para el reemplazo de beneficios del SNAP robados

TRANSACCIONES

Enumere a continuación todas las transacciones que afirma que fueron robadas debido a *skimming*, clonación o métodos fraudulentos similares. Si necesita informar transacciones adicionales, imprima y complete una copia adicional de esta página. Los elementos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

Enumere cada transacción en una línea distinta. No combine transacciones que ocurrieron en la misma tienda/banco. Si necesita confirmar los detalles de la transacción, puede llamar al proveedor de tarjetas EBT del DHS, FIS, al (888) 304-9167 o ver su historial de transacciones en línea en ebtedge.com o en su teléfono con la aplicación móvil ebtEDGE.

*Fecha de la transacción	*Hora de la transacción	*Nombre de la tienda/banco	Dirección de tienda/banco o ciudad/estado (si se conoce)	*Monto de la transacción

Deberá revisar los avisos de penalización y certificaciones en la página siguiente y completar los campos de firma a continuación para que este formulario de reclamo esté completo. También deberá solicitar una tarjeta EBT de reemplazo. Consulte la página 1 de este formulario si tiene alguna pregunta sobre los requisitos.

**OFICINA DE REVISIÓN, MONITOREO E INVESTIGACIONES DE
PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL
DISTRITO DE COLUMBIA**

Solicitud para el reemplazo de beneficios del SNAP robados

RECONOCIMIENTO DE PENALIZACIÓN

Entiendo que al firmar este formulario, declaro que la información que proporcioné en el reclamo es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Entiendo que las tergiversaciones de robo o declaraciones falsas al DHS son una violación de las leyes federales y del DC, y si infrinjo estas leyes, puedo recibir una multa, ir a prisión o ser descalificado de la participación en el programa y no podré recibir beneficios. Reconozco que si a sabiendas he proporcionado información incorrecta sobre los hechos indicados anteriormente, se me puede acusar de una violación intencional del programa (IPV) o puedo estar sujeto a sanciones administrativas, civiles o penales que incluyen, entre otras, perjurio por un reclamo falso.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Autorizo al DHS a contactar a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que pueda tener información relevante para este reclamo. También autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que tenga información relevante para este reclamo a divulgar esa información al DHS.

Entiendo que si no presento un reclamo al DHS dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que me enteré de la pérdida de mis beneficios, el DHS no reemplazará mis beneficios. También entiendo que esta solicitud para el reemplazo de beneficios robados no estará completa hasta que complete un formulario de reclamo DHS-1697 y solicite una tarjeta EBT de reemplazo.

Entiendo que la presentación de este reclamo no garantiza que mis beneficios se reemplazarán. Comprendo que tengo derecho a una audiencia imparcial si mi solicitud para el reemplazo de beneficios se deniega o se retrasa y que los beneficios de reemplazo no se emitirán en espera de una decisión de audiencia imparcial.

Juro o afirmo que he leído o me han leído toda esta solicitud, incluido el reconocimiento de penalización. También juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma

Propia Representante autorizado
Relación con la persona que presenta el reclamo

Nombre en letra imprenta

Fecha