

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Servicios Sociales
DECLARACIÓN JURADA DE SUPLEMENTO POR DESASTRE

Condado de: _____

FNS caso N°: _____

Fecha de solicitud: _____

Mes y año de emisión: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Motivo del reporte y petición suplemento:

- Certifico bajo pena de perjurio y fraude que mi familia estaba viviendo en el Condado de _____, en el tiempo del huracán Irene y que mi familia ha tenido gastos ocasionados por el desastre, además de la pérdida de comida.

Entiendo que si me encuentran culpable de una violación intencional del programa por dar información falsa intencionalmente:

- No podré obtener Beneficios del *Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición* por 12 meses la primera vez que sea hallado culpable;
- No podré obtener Beneficios del *Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición* por 24 meses la segunda vez que sea hallado culpable; **y**
- No podré obtener Beneficios del *Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición* por el resto de mi vida la tercera vez que sea hallado culpable.

Firma: _____

fecha: _____

Testigo (si firma con una "x" u otra marca): _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Date Supplement Authorized: _____

Supplement Amount: \$ _____

KEY SUPPLEMENTS WITH CODE "W"

Worker Signature: _____

Worker Number: _____