

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 sufrimos de pérdida de salarios o daños a la propiedad, o perdimos propiedad que usamos para auto-empleo (Self-employment).

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: _____