

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

**DECLARACIÓN JURADA DE PÉRDIDA DEBIDO A UN INFORTUNIO DEL HOGAR**

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. de Caso.: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente certifico bajo pena de perjurio y/o fraude que los alimentos comprados con los beneficios SNAP para el mes de \_\_\_\_\_ fueron destruidos el \_\_\_\_\_ bajo las siguientes circunstancias:  
(Por favor, describa cómo fueron destruidos los alimentos en el espacio que sigue):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El valor de los alimentos destruidos fue de: \$ \_\_\_\_\_.

Firma del receptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**PARA USO EXCLUSIVO DEL DSS/FOR DSS USE ONLY**

Replacement of food authorized: (Attach verification) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Benefit Month and Year: \_\_\_\_\_ Amount \$ \_\_\_\_\_

Replacement of food denied, reason: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DSS Employee's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

DSS Supervisor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

## Instrucciones para el Formulario DSS 1634B

**Propósito:** El propósito de este formulario es el de informar a la Agencia cuando un cliente pierda beneficios SNAP debido a un infortunio en su unidad familiar.

**Instrucciones:**

El trabajador del DSS o el cliente puede el nombre del caso, su número de caso, el número de teléfono y el condado en el que reside en los espacios respectivos .

**“Para el mes de”:** Ingrese el mes y el año de beneficio en el que la unidad familiar reporta que ha perdido sus beneficios SNAP.

**“Fueron destruidos el”:** Ingrese la fecha en que la pérdida de los beneficios de la unidad familiar ocurrió.

**“El valor de los alimentos destruidos fue”:** Ingrese la cantidad en dólares de lo que perdió en beneficios SNAP.

**Firma del receptor:** Ingrese su firma.

**Fecha:** Ingrese la fecha del día en que firme este formulario.

### Para uso del DSS solamente / For DSS Use Only:

**Replacement of food authorized:** DSS Employee selects this option when it is determined that the household will receive a replacement of SNAP benefits and will attach supporting verification.

**Benefit Month and Year:** The benefit month and year in which approval occurred for loss of SNAP benefits.

**Amount:** The dollar amount approved for loss of SNAP benefits.

**Replacement of food denied, reason:** DSS Employee selects this option when it is determined that the household will not receive a replacement of SNAP benefits and will document an explanation as to the reason why this decision was made.

**DSS Employee’s Signature:** Self-explanatory

**Date:** DSS Employee inputs the date he/she signs the form.

**DSS Supervisor’s Signature:** Self-explanatory

**Date:** DSS Supervisor inputs the date he/she signs the form.