

Solicitud de Reemplazo por Robo de Beneficios Electrónicos

Este formulario se usa para solicitar el reemplazo de los beneficios de Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés) y/o Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) debido al robo electrónico de beneficios. Ejemplos de robo de beneficios electrónicos son el robo de tarjetas, la clonación de tarjetas y el fraude electrónico. Es posible que pueda recibir un reemplazo cuando denuncie el robo electrónico dentro de los 45 días calendario desde la fecha en que ocurrió el robo electrónico.

Para denunciar y solicitar un reemplazo de los beneficios de NA y/o CA robados, usted, un miembro del hogar o un representante autorizado pueden llenar y firmar este formulario. Envíe su solicitud por cualquiera de los siguientes medios:

- Por teléfono al: 1 (833) 786-8823, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Por correo a: Department of Economic Security PO Box 19009 Phoenix, AZ 85005-9009
- Por fax al: (602) 257-7031 o de manera gratuita al 1 (844) 680-9840
- En persona: En cualquier oficina de FAA

(Agregue su nombre y número de caso a todo comprobante que proporcione.)

Información del Participante

Participante _____ Fecha: _____
 Núm. de caso AZTECS: _____ Correo electrónico: _____
 Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____
 Mejor manera: _____ y mejor hora: _____ para comunicarse con el hogar.

Detalles de Beneficios Robados

Última compra autorizada:

| Programa (NA o CA) | Fecha y Horario | Cantidad | Nombre de Tienda o ATM | Ciudad y Estado |
|-----------------------|-----------------|----------|---------------------------|-----------------|
| | | | | |

Compra(s) específica denunciada como robada:

| Programa (NA o CA) | Fecha y Horario | Cantidad | Nombre de Tienda o ATM | Ciudad y Estado |
|-----------------------|-----------------|----------|---------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Comentarios adicionales:

¿Estaba en su posesión la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) en la fecha/hora del robo electrónico de beneficios? Sí No

Tenga en cuenta: Una respuesta "no" no lo descalifica para solicitar el reemplazo de los beneficios electrónicos robados.

¿Le dio la tarjeta de EBT, el número o el número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés) de la tarjeta a alguien conocido o desconocido? Sí No

Sí, se lo di a: _____ o se lo di a una persona desconocida mediante: *(correo electrónico, texto, teléfono, en persona)*: _____

¿Se reemplazó la tarjeta de EBT desde la actividad no autorizada? Sí No

Si la reemplazó, en qué fecha lo hizo: _____

Atestación y Firma

Este formulario solo es válido con atestación y firma.

Con mi firma, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Entiendo que las denuncias de beneficios electrónicos robados deben presentarse dentro de los 45 días naturales a partir de la fecha del robo.
- Entiendo que solo pueden tomarse en cuenta para reemplazarse beneficios robados entre el 10/1/2022 al 12/20/2024.
- Entiendo que los beneficios de reemplazo debido al robo electrónico de beneficios no pueden exceder la cantidad de dos meses de beneficios o la cantidad de mi pérdida real informada, lo que sea menor.
- Entiendo que los beneficios electrónicos robados no pueden reemplazarse más de dos veces en el mismo año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre siguiente).
- Entiendo que tengo derecho a apelar por si no estoy de acuerdo con la cantidad, la denegación o demora del reemplazo a emitirse para mi hogar. Entiendo que los beneficios de reemplazo no pueden emitirse mientras se tramita la apelación.

Afirmo bajo pena de perjurio y/o fraude, que me robaron mis beneficios de Nutrición y/o Asistencia en Efectivo. Entiendo que si hago declaraciones falsas, puedo ser responsable de una violación intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) o enjuiciamiento según las leyes federales y estatales.

Firma del participante o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Número del trabajador (C o D): _____

NO ENVÍE EL FORMULARIO a la dirección que aparece a continuación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

2. fax:

(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office