



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee  
**Declaración jurada de pérdida debido a catástrofe  
durante el período de D-SNAP solamente**

Nombre (Cabeza de familia)	
Número de caso	
Dirección actual del núcleo	
Ciudad/Pueblo/Estado/Código	

Como resultado de la catástrofe ocurrida en mi condado el \_\_\_\_\_ (fecha en que sucedió la catástrofe), mi núcleo familiar sufrió una o más pérdidas debido a la catástrofe:

1. Pérdida o reducción de ingresos
2. Gastos relacionados con la catástrofe que no se espera sean reembolsados durante el período de la catástrofe
3. Daño o destrucción de la casa o comercio de empleo por cuenta propia debido a la catástrofe

**SOLICITO: (De ser elegible, puede solicitar ambos)**

- Restitución de los beneficios por una suma de \$ \_\_\_\_\_ (Reemplazo de alimentos perdidos o destruidos)
- Beneficios complementarios (aumentar su asignación al máximo permitido para el tamaño de su núcleo familiar)

Toda la información presentada en este formulario es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que hacer intencionalmente una declaración falsa o engañosa en este formulario podría considerarse un delito o una Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés).

Firma del cliente:		Fecha	
--------------------	--	-------	--

Hay casos en los que es necesario presentar verificación adicional. Se ruega que proporcione información de contacto de la persona que pueda comprobar su pérdida, de ser necesario.

Nombre del garante	
Dirección del garante	
Ciudad, Estado, Código postal	
Número de teléfono del garante	