

Información de la persona que informa (Debe responder en todos los espacios con asterisco (*))			
Nombre *		Segundo nombre	Apellido(s) *
Fecha de nacimiento *		Correo electrónico	
Dirección			Apto. #
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono ( <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular)
* Por favor escriba en uno de los siguientes espacios. (Si no tiene su ID del caso o ID del cliente, puede encontrarlo en cualquiera de los avisos que recibió del DHS en la esquina superior derecha del aviso.)			
ID del caso	ID del cliente	Número de seguro social	
Información sobre la tarjeta EBT			
¿Cómo le robaron sus beneficios? * (Seleccione <b>solo una</b> casilla):	<input type="checkbox"/> <b>Clonación de tarjetas</b> (La información robada de una tarjeta EBT es copiada a una nueva tarjeta. Los números de tarjeta robados se usan para robar beneficios y pueden ser clonados a otras tarjetas.) <input type="checkbox"/> <b>Estafas de phishing</b> (Este tipo de fraude ocurre cuando los criminales usan mensajes de texto falsos para obtener números de tarjetas EBT y los números de PIN y roban beneficios de SNAP.) <input type="checkbox"/> <b>Estafa (Scamming)</b> (Se convence con mentiras a un beneficiario de SNAP para que le dé su información personal y/o de la EBT a otra persona.) <input type="checkbox"/> <b>Copia ilegal (Skimming)</b> (Se usa equipo electrónico para tomar la información de alguien sin su consentimiento.) <input type="checkbox"/> <b>No sé</b> (Marque esta casilla si no sabe cómo le robaron sus beneficios.)		
¿Usted tenía su tarjeta EBT cuando le robaron sus beneficios? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Responda a la siguiente pregunta <b>solamente</b> si respondió <b>No</b> a la pregunta anterior			
¿Perdió o le robaron su tarjeta EBT? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Responda las siguientes preguntas <b>solamente</b> si respondió <b>Sí</b> a la pregunta anterior			
Fecha en que perdió o le robaron su tarjeta EBT (si corresponde)			
¿Cuándo usó su tarjeta EBT por última vez antes de que le robaran sus beneficios?		¿Dónde usó su tarjeta EBT por última vez antes de que le robaran sus beneficios?	
Información sobre la sospecha de fraude con la tarjeta EBT (Indique si conoce alguna información sobre el sospechoso. Si no, vaya a la siguiente sección).			
¿Tiene información sobre quién robó sus beneficios? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
* Si respondió afirmativamente a la pregunta anterior, proporcione toda la información que conozca.			
Nombre del sospechoso		Segundo nombre	Apellido(s)
Dirección del sospechoso			Apto. #
Ciudad	Estado	Código postal	
Validación			
¿Usted hizo el reporte a la policía? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Responda las siguientes preguntas si usted respondió Sí a la pregunta anterior			
¿Cuándo hizo el reporte a la policía? [Si no sabe la fecha exacta, escriba la fecha aproximada (mes/día/año)]			

Número del reporte policial (si tiene la información)	
¿Qué número(s) de teléfono utiliza para llamar a verificar el saldo de su tarjeta EBT? Ingrese los números aquí. (Ejemplos - Departamento Local de Servicios Sociales, Línea de Ayuda EBT)  Esto nos ayudará a proteger mejor su tarjeta en el futuro.	(        )        -
	(        )        -
	(        )        -
	(        )        -
	(        )        -

**Detalles de la transacción**  
 Proporcione todos los detalles que pueda para que podamos ayudarlo.  
 Proporcione la cantidad de sus beneficios y la fecha del robo (una cantidad y una fecha aproximada están bien)

Fecha de la transacción	Cantidad robada * (Ingrese la cantidad que cree que le robaron.)	Ingrese la fecha en que cree que sus beneficios fueron robados * (Proporcione una fecha estimada.)	Tipo de beneficios * (SNAP o EFECTIVO)	Si lo sabe, ingrese el nombre de la tienda donde cree que le robaron sus beneficios	Si lo sabe, ingrese el nombre de la ciudad donde le robaron sus beneficios	Si lo sabe, ingrese el nombre del estado donde le robaron sus beneficios

**Declaración jurada**

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de Maryland, que la información que proporcioné en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que si a sabiendas doy información incorrecta u omito información que sé que es verdadera y obtengo beneficios para los que no soy elegible, seré responsable del reembolso. También entiendo que puedo ser descalificado para recibir asistencia pública (incluyendo los beneficios de SNAP) en el futuro. Además, reconozco que pueden multarme y/o acusarme de un delito.

**Firmas**

Juro o declaro que he leído o me han leído toda esta solicitud. También juro o declaro, bajo pena o perjurio, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos relevantes para determinar mi elegibilidad a divulgar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a contactar a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya proporcionado información relevante a mi elegibilidad para recibir beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, al firmar con mi nombre a continuación, que la persona por la que solicito es ciudadano estadounidense o inmigrante admitido legalmente.

**Firma:**

**Relación con el Reclamante:**  Soy yo       Representante autorizado  
 Otro

**Nombre en letra de imprenta:**

**Fecha de la firma (mes/día/año):**

**Solo para uso de la agencia:**

**Fecha en que se recibió:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si no completa este formulario o no proporciona la información obligatoria según las instrucciones, se podría retrasar la decisión final sobre su petición.