



ESTADO DE FLORIDA  
DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS  
PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

## AUTORIZACIÓN DE REEMPLAZO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

Bajo pena de perjurio y/o fraude, Yo certifico que en mi hogar se perdieron alimentos por deterioro debido al daño o corte de energía causado por un incendio o desastre natural. Yo compré estos alimentos con los beneficios de asistencia alimentaria.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Valor de los alimentos perdidos o destruidos (por incendio o desastre natural): \$ \_\_\_\_\_

Fecha de la pérdida, deterioro, o daño: \_\_\_\_\_

Número telefónico donde podemos encontrarle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El cliente debe presentar esta forma en persona, por correo, o por fax. Esta forma debe ser presentada no más de 10 días después de la fecha de la pérdida.