

### SOLICITUD DE REEMPLAZO DE LOS BENEFICIOS ROBADOS ELECTRÓNICAMENTE

#### INSTRUCCIONES

Si le robaron electrónicamente el dinero de sus beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria de New Jersey (New Jersey Supplemental Nutrition Assistance Program; NJ SNAP) y/o del Programa Trabajo Primero en New Jersey (Work First New Jersey; WFNJ) y necesita que se lo repongan, complete este formulario y devuélvalo a la Agencia de Servicios Sociales del Condado. Allí podrán ayudarlo a completar el formulario en persona o por teléfono. Debe completar y enviar este formulario a la Agencia de Servicios Sociales del Condado dentro de los 30 días de haber descubierto el robo de sus beneficios y debe cambiar su PIN o reemplazar su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefits Transfer; EBT) de inmediato.

#### DATOS DEL HOGAR

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2do nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Últimos 4 números del SSN: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_ Últimos 4 números de la tarjeta EBT afectada: \_\_\_\_\_

#### CERTIFICACIÓN

- “**Skimming**” significa colocar ilegalmente un dispositivo en una máquina del punto de venta para robar los datos de la tarjeta EBT o un PIN.
- “**Clonación**” significa copiar los datos robados de una tarjeta EBT en una tarjeta nueva.
- “**Scamming**” significa convencer a alguien para que divulgue los datos de su tarjeta EBT, generalmente a través de un llamado telefónico o mensaje de texto fraudulento que simula ser de un organismo gubernamental oficial (comúnmente conocido como “**phishing**”).

Creo que alguien robó los beneficios de mi EBT mediante skimming, clonación, scamming u otro robo electrónico similar.

Sí  No

Monto total de los beneficios robados: NJ SNAP \_\_\_\_\_ y/o WFNJ/efectivo \_\_\_\_\_

Fecha en la que descubrí el robo de mis beneficios: \_\_\_\_\_

Cambié el PIN o mi tarjeta EBT después de descubrir el robo de mis beneficios:  Sí  No

Creo que los beneficios robados se usaron en las siguientes transacciones (agregar más páginas si es necesario):

Fecha de la transacción	Monto de la transacción en dólares	Programa – NJ SNAP o WFNJ/efectivo	Nombre del lugar donde ocurrió la transacción	Dirección del lugar donde ocurrió la transacción

Tenía mi tarjeta EBT conmigo cuando ocurrieron las transacciones mencionadas:  Sí  No, la perdí o me la robaron el día \_\_\_\_\_  No, se la di a otra persona el día \_\_\_\_\_ que la usó para robar mis beneficios

La última vez que usé mi tarjeta EBT antes del robo fue Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

**Por favor, aporte cualquier otra información que considere importante:**

**FIRMA**

Certifico que la información consignada es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa u omito alguna información que sé que es verdadera, podré estar sujeto a penalidades civiles y/o penales. Podré ser deshabilitado para recibir beneficios y tendré que devolver los beneficios que recibí sin ser elegible. Entiendo que si no cambio mi PIN o reemplazo mi tarjeta, mi tarjeta actual será cancelada y se me enviará una nueva antes del desembolso de cualquier beneficio de reemplazo.

Asimismo, autorizo a la División de Desarrollo Familiar de New Jersey (DFD) y/o a la Agencia de Servicios Sociales del Condado a tratar el tema de mi reclamo de beneficios robados y divulgar la información específica del caso a cualquier organismo policial que esté directamente involucrado en la investigación de este reclamo.

Entiendo que si envío este formulario en línea, escribir mi nombre a continuación tiene el mismo efecto legal y aplicabilidad que mi firma escrita.

Firma (solo si el formulario se envía por correo o en persona):

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Relación con el hogar:  Solicitante  
 Representante autorizado  
 Otro:

Descargue el formulario completo y devuélvalo a la Agencia de Servicios Sociales del Condado o envíelo por correo electrónico a: [DFD.Firm@dhs.nj.gov](mailto:DFD.Firm@dhs.nj.gov).

**AGENCY USE ONLY**  
(SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

Date theft reported (postmark date if form mailed):		Validation Method:
Agency Name:	Agency Worker Name (Please Print):	Agency Worker Phone Number:
Case Notes:		
Complete if telephonic signature: On _____ at _____ I affirm that all elements of this form were reviewed with _____ (date) (time) (household member) who confirmed the accuracy of those elements and provided verbal consent to submit the form. Agency Worker Signature: _____		