

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.

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: _____		