TEXAS Health and Human Services Commission

Supplemental issuance

Extra SNAP food benefits due to a disaster

Beneficios de comida del SNAP adicionales por causa de un desastre

To be filled out by staff:

El equipo de trabajo tiene que llenar esta sección:

Received by (office or location):			
Case name:	**SNAP EDG number:**	**Date requested:**	**Benefit month / year:**
Client address at the time of the disaster (Street, City, State, ZIP)			

To be filled out by the person asking for extra benefits:

The people living in my home were affected by a disaster in the month of

We either: (a) paid costs due to the disaster.

or (b) lost income (money we get or had) due to the disaster.

I certify that the statement above is true and correct. I understand that anyone who obtains or uses SNAP food benefits for which he or she is not eligible can be charged with a criminal offense. If convicted, he or she may be fined, imprisoned, or both.

_____ _____

Sign here – Case contact **Date**

(head of household or responsible family member)

La persona que solicita beneficios adicionales tiene que llenar esta sección:

Las personas que viven en mi casa fueron afectadas por un desastre en el mes de

Nosotros: (a) hemos tenido gastos a causa del desastre.

O (b) perdimos ingreso (dinero que recibimos o teníamos) a causa del desastre.

Certifico que la declaración que se menciona arriba es correcta y verdadera. Entiendo que cualquier persona que obtenga o use beneficios de comida del SNAP para los que no es elegible, puede ser acusada de una ofensa criminal. Si la persona es declarada culpable, el o ella, podría tener que pagar una multa, cumplir tiempo en la cárcel, o ambas.

_____ _____

Firme aquí – Persona contacto del caso **Fecha**

(jefe del hogar o familiar responsable)