

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

DECLARACIÓN DE BENEFICIOS ROBADOS

SI NECESITA ESTE MATERIAL EN UN FORMATO DIFERENTE, COMO LETRAS GRANDES, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES, DHS) DE SU LOCALIDAD.

If you need this form in English, call 1-800-372-1084 and ask for the English version.

Nombre: _____
Dirección: _____
Últimos cuatro dígitos del SSN: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de descubrimiento del robo: _____

¿Necesita un reemplazo de su tarjeta EBT?

SÍ NO

Proporcione la siguiente información acerca de los beneficios robados:

¿Estaba usted en posesión de la tarjeta en la fecha en que descubrió que sus beneficios habían sido robados?

SÍ NO

Si no, indique la fecha en la que reportó la pérdida/robo de su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefits Transfer, EBT): _____

Fecha de la transacción: _____
Minorista: _____
Dirección del minorista: _____
Total: _____
Número FNS (solo para la Agencia Estatal) _____

Fecha de la transacción: _____
Minorista: _____
Dirección del minorista: _____
Total: _____
Número FNS (solo para la Agencia Estatal) _____

Fecha de la transacción: _____
Minorista: _____
Dirección del minorista: _____
Total: _____
Número FNS (solo para la Agencia Estatal) _____

Narración (explique brevemente la razón de su solicitud de reemplazo):

Si se descubre que esta información es incorrecta, su elegibilidad y nivel de beneficio se verán afectados y usted podrá estar sujeto a un proceso penal por proporcionar información incorrecta deliberadamente.

- Mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.
- Entiendo las sanciones por ocultar información o proporcionar información falsa.

Firma: _____

Fecha: _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

INSTRUCCIONES PARA DCO-0238F

Propósito

El formato DCO-0238F se usa en los hogares para solicitar un reemplazo de beneficios para beneficios robados a través de la clonación de tarjetas u otros métodos fraudulentos similares.

Ejecución

El cliente debe llenar el formulario. Si no puede llenarlo, el trabajador puede completar el formulario con base en las declaraciones del hogar. El cliente debe firmar (ya sea manuscrita o digitalmente) y fechar el formulario.

Instrucciones de uso solo para la Agencia

- A. **Instrucciones para obtener el número FNS:** para obtener el número del Sistema de Numeración Federal (Federal Numbering System, FNS), revise el historial de transacciones en el sistema EBT según la información proporcionada.

Enrutamiento

La copia original debe ser escaneada dentro del registro de caso electrónico. Se dará una copia al cliente si este la solicita.

Retención

A cinco años desde la fecha de origen.