



DISASTER SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM
(D-SNAP)
NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Período de Prestaciones por Catástrofe: De: 08/08/23 A: 09/06/23

Nombre del Caso: _____ Fecha de la solicitud: _____

Esta es una notificación preliminar de su elegibilidad para recibir las prestaciones del D-SNAP. Todas las solicitudes se tramitarán a través del sistema de elegibilidad para evitar la doble participación.

Aprobada Tamaño del Hogar: _____ Monto de la Prestación: \$ _____
Sus prestaciones se acreditarán en su tarjeta EBT en las próximas 72 horas.

Denegada Motivo: _____

DERECHOS DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL DE D-SNAP

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia sobre cualquier decisión tomada en relación con su solicitud. Puede hacerlo firmando con su nombre a continuación. Su caso puede ser presentado por un miembro de la familia o un representante, como un asesor jurídico, un pariente, un amigo u otro portavoz.

Deseo solicitar:

Una evaluación in situ para discutir la determinación de la elegibilidad.

Una audiencia estatal con un miembro del personal de la oficina estatal porque _____

Firma: _____ Fecha: _____