



SOLICITUD DE REEMPLAZO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

Debe presentar este formulario junto con cualquier documentación que verifique que su hogar perdió alimentos debido a un corte de energía (4 o más horas) o daños debido a un incendio o desastre natural. El formulario debe presentarse dentro de los **10 días a partir de la fecha de la pérdida de alimentos.**

Nombre del beneficiario: _____
Primer Nombre y Apellido

Dirección: _____

Condado: _____

Número de Caso: _____

SSN (si corresponde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha de la Pérdida de Alimentos: _____

Valor de los alimentos que se echaron a perder (por incendio o desastre natural): _____

Firma del Beneficiario: _____

Fecha: _____

Bajo pena de perjurio y/o fraude, certifico que mi hogar perdió alimentos debido a daños causados por incendio, desastre natural o pérdida de energía. Compré este alimento con beneficios de asistencia alimentaria.

Cómo presentar la solicitud:

Subir a su cuenta MyACCESS <https://myaccess.myflfamilies.com/>

Por Correo:
ACCESS Central Mail Center
P.O. Box 1770
Ocala, FL 34478-1770

Por Fax:
1-866-886-4342

En persona en un [centro de servicio local](#).