

**DECLARACIÓN JURADA DE PÉRDIDA DE INGRESOS O COSTOS
RELACIONADOS CON UN DESASTRE**

Usted debe llenar este formulario si actualmente recibe beneficios de FoodShare y solicita un beneficio complementario a través del Disaster FoodShare Program.

Nombre del participante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)
Número de caso

Certifico bajo pena de perjurio que mi familia sufrió pérdida de ingresos o incurrió en gastos relacionados con el desastre como consecuencia de la inundación que tuvo lugar en mi condado de residencia durante el período del _____ al _____.

FIRMA del participante	Fecha de la firma
-------------------------------	-------------------