



EBT de Verano para Niños

Por favor, complete **un formulario para toda su familia**, incluyendo a todos los niños en edad escolar y demás miembros del hogar. Un hogar se define como un grupo de personas, relacionadas o no relacionadas, que usualmente viven juntas y comparten ingresos y gastos. Todas las secciones del formulario **DEBEN** estar impresas y ser legibles.

Utilice la siguiente sección para agregar a cada niño en su hogar, desde preescolar hasta el grado 12, que desee participar en el programa EBT de verano para niños.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Género	Raza/etnicidad	Tribu	Fecha de Nacimiento (mm/dd/año)	Grado	Distrito Escolar	Niños Adoptivos	Sin hogar, migrante, fugitivo
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Utilice la siguiente sección para agregar miembros adicionales en su hogar, como padres, tutores legales, abuelos, hermanos menores y mayores, u otros parientes que vivan en el hogar.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Género	Raza/etnicidad	Tribu	Fecha de Nacimiento (mm/dd/año)	Rol de miembro del hogar (padre/tutor legal, hijo(a), no estudiante, otro)
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

Ingresos actuales del hogar: \$ _____ Frecuencia de ingresos (qué frecuencia): Semanal Quincenal 2x al mes Mensual Anual Tamaño del hogar: _____

Idioma que se habla en el hogar: Inglés Español Otro: _____ ¿En qué programa participa cualquier miembro del hogar?

SNAP TANF FDPIR (productos básicos) Medicaid/Soonercare Almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela Ninguno

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Contacto primario:

Nombre del padre/madre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección física: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono de casa.: (____) _____ Número de teléfono celular.: (____) _____ Número de teléfono del trabajo.: (____) _____

¿Podemos enviar mensajes de texto a su teléfono celular con respecto a los beneficios mensuales? Si No

Contacto secundario:

Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo

Número de teléfono.: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Antes de enviar su solicitud, debe revisar la siguiente información y firmar un acuerdo en la parte inferior de la página.

- La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es obligatorio proporcionar esta información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para los beneficios de EBT de verano.
- El programa EBT de verano PUEDE compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de los programas, auditores para las revisiones de los programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las infracciones de las reglas del programa.
- Los niños amparados, migrantes, sin hogar y fugitivos, y los niños inscritos en un programa Head Start son categóricamente elegibles para recibir comidas y leche gratuitas. Si usted está completando una solicitud para estos niños, comuníquese con la escuela para obtener más información.
- La participación en este programa no tendrá ningún impacto en otra asistencia del gobierno que usted y su hijo/a reciban.
- Certifico que toda la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta, que la solicitud se realiza en relación con la recepción de fondos federales, que los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud, y que la falsificación deliberada de la información puede someterme a un proceso penal conforme las leyes penales federales y estatales aplicables.
- Doy fe de los cambios en la información según lo especificado en este párrafo (b), si los cambios se informan voluntariamente por escrito durante el período de elegibilidad.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) debe comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P=Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al asistente del secretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. **Correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410; o
2. **Fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.