

EBT de Verano del Estado de Nueva York - Solicitud para Grupo Familiar

Usted puede llenar esta solicitud en línea en otda.ny.gov/SummerEBT. Una solicitud en línea es la forma más rápida y fácil de presentar una solicitud

Esta solicitud es para determinar si se cumplen los requisitos de los subsidios de EBT de Verano para los que su(s) hijo(s) podría(n) habilitar. Este formulario no es para determinar si se cumplen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela de su hijo. Lea las instrucciones de la página 4, llene **solo un** formulario para su grupo familiar, firme con su nombre y devuélvalo a la dirección que aparece a continuación. Una persona que no sea miembro del grupo familiar puede ser designada como representante autorizada, si es necesario. Para obtener más información sobre el programa EBT de Verano, incluidos los plazos de presentación de solicitudes, visite otda.ny.gov/SummerEBT.

Llene el formulario y envíelo por correo a:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Summer EBT
40 North Pearl Street, 9th Floor
Albany, NY 12243

PARTE 1. Haga una lista de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela (adjunte una hoja adicional si es necesario):

				Marque la casilla solo si el niño recibe alguno de los siguientes en el año escolar 2024-25.			Opcional
Nombre del Estudiante: (Primer Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Por ejemplo: 10/15/2016	Número de identificación de estudiante (opcional)	Nombre de la escuela a la que asistió en el año escolar 2024-25	Cuidado de Crianza	Programa para niños sin hogar, fugados de sus hogares y niños migrantes	SNAP TA (dinero en efectivo) Medicaid Si está marcada, complete la Parte 2.	Raza/Grupo Étnico* Ingrese la letra de abajo
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	

* RAZA / ETNIA - Ingrese la letra que aparece después de la categoría que mejor describe al estudiante. Responder a esta sección es opcional y no afecta si sus hijos habilitan para recibir EBT de Verano.
Hispano o latino (H) Nativo americano o nativo de Alaska (i) Asiático (A) Negro o afroamericano (B) Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico (P) Blanco (W) Desconocido o no proporcionado (U)

PARTE 2. Subsidios de SNAP / TA / Medicaid / FDPIR:

Si el estudiante recibe subsidios de SNAP, Asistencia Temporal (en efectivo) (TA) o Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), anote el nombre del estudiante, marque con un círculo el programa que recibe y anote el número de CASO para ese programa. A continuación, vaya a la Parte 4 y firme la solicitud. Se requiere el número de caso.

Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	CASO # _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	CASO # _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	CASO # _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	CASO # _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	CASO # _____

PARTE 3. Ingreso bruto del Grupo Familiar:

Haga una lista de **todas las personas** que viven en su grupo familiar, incluidos todos los adultos, cada niño mencionado anteriormente y cualquier niño adicional que no asista a la escuela. Para cada persona con cualquier tipo de ingreso, haga una lista de cuánto y con qué frecuencia se le paga (**semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente**). No deje los ingresos en blanco. Si no hay ingresos, marque la casilla. Si ha incluido a un niño de crianza arriba, debe declarar sus ingresos personales.

Nombre del miembro del grupo familiar	Ingresos del trabajo: antes de las deducciones	Sustento de Menores, Pensión Conyugal	Pagos de Pensiones y Jubilaciones	Otros ingresos	Sin Ingresos
	<i>Monto / ¿Con qué frecuencia?</i>	<i>Monto / ¿Con qué frecuencia?</i>	<i>Monto / ¿Con qué frecuencia?</i>	<i>Monto/¿Con qué frecuencia?</i>	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

PARTE 4. Firma: Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar esta solicitud.

Al ingresar mi nombre a continuación, certifico (afirmo) que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta, tengo la disposición de cooperar con cualquier esfuerzo para verificar la información proporcionada. Entiendo que esta no es una solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido y, la información proporcionada por mí, solo se utilizará para determinar la habilitación de mi hijo para los subsidios de alimentos EBT de Verano. Además, certifico que el niño o los niños en esta solicitud no están recibiendo subsidios de EBT de Verano en otro estado. Esta solicitud se realiza en relación con la recepción de fondos federales y, si doy información falsa a propósito, es posible que mi hijo o hijos no habiliten para los subsidios de EBT de Verano y yo pueda estar sujeto a enjuiciamiento según los estatutos penales estatales y federales aplicables.

Ingrese el nombre del miembro adulto del grupo familiar (o persona representante autorizada) que llena la solicitud, firme y proporcione información de contacto. La dirección y la dirección de correo electrónico se utilizarán para enviar información sobre la habilitación para recibir EBT de Verano y las tarjetas de subsidios de EBT de Verano. Asegúrese de que esta información esté completa y en letra de molde.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Teléfono Principal: _____

Dirección Postal: _____

Número de Apartamento / Piso / Unidad: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

INSTRUCCIONES para la Solicitud de EBT de Verano

PARTE 1 TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU GRUPO FAMILIAR.

- (1) Escriba en letra de molde los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para los que está solicitando en un formulario.
- (2) Para cada niño, indique la fecha de nacimiento, el nombre de la escuela y el número de identificación del estudiante. El número de identificación de estudiante es opcional, pero ayudará a procesar su solicitud de manera más rápida y precisa. Este número es asignado a su hijo por su escuela y tiene hasta 9 dígitos. Puede pedir este número a la escuela de su hijo si lo necesita. Los estudiantes deben asistir a una escuela que participe en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP, por sus siglas en inglés) para habilitar.
- (3) Marque la casilla para indicar si el niño es un niño de crianza; está en un programa para fugados de sus hogares, migrantes o personas sin hogar; recibe SNAP/TA o Medicaid; y una pregunta opcional sobre raza/etnia.

PARTE 2 LOS NIÑOS QUE RECIBEN SNAP, TA, MEDICAID O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2, OMITIR la Parte 3 y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Indique un número de caso actual de SNAP, TA, Medicaid o FDPIR de cualquier persona que viva en su grupo familiar. No utilice el número de 16 dígitos que está en su tarjeta de subsidios. El número de caso se proporciona en su carta de subsidios.
- (2) Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar esta solicitud. **OMITA LA PARTE 3** si algún niño tiene SNAP, TA, Medicaid o un número de caso FDPIR.

PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES DEBEN COMPLETAR TODAS LAS PARTES 3 Y 4.

- (1) Escriba los nombres de todas las personas en su grupo familiar, ya sea que tengan ingresos o no. Inclúyase a sí mismo, a los hijos para los que está llenando el formulario, a todos los demás hijos, a su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas que vivan en su grupo familiar. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del grupo familiar, antes de deducir impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde provienen, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos (Seguro Social, beneficios del Seguro de Desempleo, montos en efectivo recibidos o retirados de cualquier fuente, incluidos ahorros, inversiones, cuentas fiduciarias y otros recursos disponibles para pagar las comidas de un niño). Si el ingreso actual fue mayor o menor de lo habitual, anote el ingreso habitual de esa persona. **Especifique la frecuencia con la que se recibe este monto de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal o 26 veces al año), dos veces al mes (24 veces al año) o mensualmente. Si no hay ingresos, marque la casilla.** Los grupos familiares deben cumplir con las pautas de ingresos para ser aptos para recibir el EBT de Verano (visite otda.ny.gov/SummerEBT para obtener más información).
- (3) Indique la dirección de su casa a la que se debe enviar la tarjeta EBT de Verano, de ser pertinente. Si tiene la intención de mudarse, o se ha mudado recientemente fuera del estado de Nueva York, debe solicitar los subsidios EBT de Verano en el estado donde el niño completará o completó el año escolar inmediatamente antes de las vacaciones de verano.

Declaración de uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién cumple con los requisitos para recibir los subsidios EBT de Verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de habilitación con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a brindar los subsidios del programa a su hogar. Inspectores y fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños habilitan para recibir EBT de Verano sin una solicitud. Póngase en contacto con su estado o ITO para obtener EBT de Verano para un niño de crianza y niños sin hogar, migrantes y niños fugados de sus hogares.

Declaración de USDA sobre Normas Antidiscriminatorias

Conforme la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S Department of Agriculture - USDA, siglas en inglés), se prohíbe que esta institución discrimine sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad de origen, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideas políticas; o que tomen represalias o venganzas por acciones previas de derechos civiles realizadas.

Se podrá suministrar información sobre programas en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidad que requieran otros medios de comunicación para obtener información del programa (por ej., Braille, letra de imprenta grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia responsable o con el Centro TARGET de la USDA (USDA TARGET Center) al (202) 720-2600 (voz o TTY) o pueden comunicarse con USDA por medio del Sistema de Transmisión Federal (Federal Relay Service) marcando el (800) 877-8339.

INSTRUCCIONES para la Solicitud de EBT de Verano

Si desea registrar una queja de discriminación de un programa, llene el Formulario de Queja de Discriminación - Programa de USDA, (AD-3027) (Discrimination Complaint Form, AD-3027), el cual encontrará en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> o en una oficina de USDA; llamando al (866) 632-9992 o mande una carta a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado 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, D.C. 20250-9410; (2) fax: (833) 256-1665; o por (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad brinda igualdad de oportunidades.

El Estado de Nueva York también prohíbe la discriminación por motivos de raza, creencias religiosas, color, nacionalidad de origen, ciudadanía o estado migratorio, orientación sexual, identidad de género o manera de expresarse, estado militar, sexo, discapacidad, estado marital o situación de víctima de violencia intrafamiliar.