Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

SOLICITUD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA POR PANDEMIA DE ILLINOIS PARA NIÑOS QUE RECIBEN ALMUERZOS ESCOLARES GRATIS O REDUCIDOS (PEBT)

**** Puede solicitar por internet para un procesamiento más rápido en ABE.Illinois.gov ****

Si actualmente recibe los Beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), NO necesita solicitar PEBT - los beneficios se enviarán automáticamente.

Si actualmente recibe comidas a través del Programa de comidas para llevar a casa, aún puede solicitar P-EBT.

El Período de la Autorización de PEBT Empieza: _____ Termina: _____ DCN: _____	Fecha de la Solicitud: _____

Esta solicitud es para los hogares con niños que reciben almuerzos escolares gratis o reducidos y que aún no han recibido el PEBT en su tarjeta electrónica de beneficios LINK. Complete esta solicitud con honestidad y a su mejor entendimiento. Asegúrese de leer y firmar en la página 2 de esta solicitud. Si su unidad familiar a sabiendas rechaza a dar alguna información necesaria, no será elegible para recibir los beneficios de PEBT. **Por favor no escriba en las áreas sombreadas.**

PASO 1: Díganos sobre el adulto que será nuestro contacto para esta solicitud

Jefe(a) del Hogar (madre/padre o tutor(a) de los niños):

Número de Seguro Social:(opcional, pero útil para un procesamiento más rápido y preciso)	Fecha de Nacimiento del Jefe(a) del Hogar:	Número de Teléfono:

Dirección del hogar tal como fue reportada en la escuela:

Ciudad:	Estado:	Condado:	Zona Postal:	¿Usted recibe actualmente los beneficios de SNAP?	Sí ☐ No ☐

Dirección postal si es diferente a la mencionada arriba:

Ciudad:	Estado:	Condado:	Zona Postal:

PASO 2: Díganos sobre la edad escolar de los niños por el que solicita

Número de los Miembros del Hogar:

DISTRITO ESCOLAR (SE REQUIERE)	NOMBRE DE LA ESCUELA (SE REQUIERE)	Niño(a) en Edad Escolar (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre (como se indica en los registros escolares).	Número de Seguro Social (es opcional, pero útil para un procesamiento más rápido y preciso).	Fecha de Nacimiento	Género Estudiantil

Para añadir otros niños en edad escolar, por favor escriba los nombres, números de seguro social (es opcional) y las fechas de nacimientos en el Paso 4 de la página 2 de este formulario.

PASO 3: Lea y Firma esta solicitud

¿Qué hace el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) con su Número de Seguro Social?
El Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) será utilizado en la adminstración del programa de SNAP para verificar la identidad de los miembros del hogar, para evitar la participación duplicada y para facilitar a hacer numerosos cambios. Si usted o algún miembro de su hogar desea solicitar para los beneficios de SNAP, pero no tiene un Número de Seguro Social (SSN), podemos ayudarle a solicitar uno. El Número de Seguro Social (SSN) será utilizado en la comparación informativa por computadora y en revisiones de programas o auditorías y para asegurarse de que el hogar es elegible para los beneficios de SNAP, de otros programas de asistencia federal y de los programas estatales asistidos por el gobierno federal, tales como almuerzo escolar, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) y "Medicaid". El DHS asegura y utiliza la información acerca de todos los clientes por medio del Sistema de Verificación de Ingresos y de Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Esto incluye tal información como el comprobante de los beneficios del seguro social, seguro de desempleo, ingresos no salariales y los salarios de trabajo. Cuando la información no coincide, podemos contactar una tercera entidad, tales como los empleadores, los representantes de reclamaciones o las instituciones financieras para verificar la información. Esta información puede afectar su elegibilidad para recibir asistencia y la cantidad de asistencia brindada. Esto puede resultar en una acción penal o civil o reclamaciones administrativas contra las personas que participan fraudulentamente en el programa de SNAP. No requerimos el número de seguro social para ningún miembro de su hogar que no es elegible para el programa de SNAP o que no desee solicitar.

¿Por qué el DHS recolecta su Número de Seguro Social?
El DHS solamente utilizará su Número de Seguro Socal (SSN) con el propósito para el cual fue recolectado. El DHS no: venderá, arrendará, prestará, intercambiará o alquilará su Número de Seguro Social (SSN) a una tercera entidad para ningún propósito; publicará o mostrará públicamente su Número de Seguro Social (SSN); imprimirá su Número de Seguro Social (SSN) en ninguna tarjeta requerida para que usted pueda acceder a nuestros servicios; le pedirá que transmita su Número de Seguro Social (SSN) a través del Internet, a menos que la conexión sea segura o que su Número de Seguro Social (SSN) esté codificado; o no va a imprimir su Número de Seguro Social (SSN) en ningún material que se le envíe por correo, a menos que la ley Estatal o Federal requieran que el número esté en los documentos que se le envían por correo, o a menos que confirmemos la exactitud del Número de Seguro Social (SSN).

No a la Discriminación

De conformidad con la ley federal de los derechos civiles y las regulaciones y políticas de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y los empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido en discriminar basado en raza, color, origen étnico, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, ideología política o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.
Las personas con discapacidades que requieren de los medios alternativos de comunicación para la información del programa (p.ej., Sistema de escritura para ciegos (Braile), letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deberían comunicarse con la Agencia (Departamento de Servicios Humanos del Estado de Illinois) donde solicitaron los beneficios. Las perssonas sordas, con dificultades auditivas o tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servico Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.
Para presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa de USDA (AD-3027) que se encuentra en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y provea en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe su formulario completado o su carta a 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) Facsímil (Fax): (202) 690-7442; o
(3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de la igualdad de oportunidades.

Información Adicional sobre la No Discriminación de Illinois

Usted también puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) a Illinois Department of Human Services, Bureau of Civil Affairs, 401 South Clinton St., 6th Floor, Chicago, Illinois 60607 o llamar al Número de Servicio de Asistencia de IDHS al 1-800-843-6154 o 866-324-5533 TTY/Nextalk o 711 TTY Relay.

El IDHS, HHS, y USDA son proveedores y empleadores de la igualdad de oportunidades.
El Estado de Illinois ofrece acomodaciones razonables de acuerdo con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y con la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990.

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

SOLICITUD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA POR PANDEMIA DE ILLINOIS PARA NIÑOS QUE RECIBEN ALMUERZOS ESCOLARES GRATIS O REDUCIDOS (PEBT)

PASO 3: Continuación de Lea y Firma esta solicitud

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud. Sé que es contra la ley el obtener o intentar conseguir beneficios por lo que no tengo o no tenemos derecho. Cualquier falsa reclamación, declaración o el ocultamiento de cualquier dato material ya sea, en parte o en su totalidad, me puede exponer a una persecución penal y/o civil. Como resultado del cierre temporal de la escuela debido a la Pandemia del COVID-19, los niños puestos en la lista en esta solicitud no están recibiendo almuerzos Gratis o Reducidos en sus escuelas. Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he dado es correcta y completa a mi mayor entendimiento. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación.

FIRME AQUÍ:

Su Firma:	Fecha:
Firma del Testigo (es necesario si usted no puede firmar su nombre):	Fecha:

PASO 4 Si es necesario, añada en la lista a los niños en edad escolar que no se indicaron en la parte delantera de este formulario.

Número de los Miembros del Hogar:

DISTRITO ESCOLAR (SE REQUIERE)	NOMBRE DE LA ESCUELA (SE REQUIERE)	Niño(a) en Edad Escolar (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre (como se indica en los registros escolares).	Número de Seguro Social (es opcional, pero útil para un procesamiento más rápido y preciso).	Fecha de Nacimiento	Género Estudiantil

PASO 5 Devuelva la Solicitud Completa

Si usted ha completado esta solicitud a mano, puede enviarla por correo electrónico a: DHS.FCS.PEBT@illinois.gov

Si usted ha imprimido este formulario y no tiene acceso al correo electrónico, puede enviarlo a Central Scan Unit, P.O. Box 19138, Springfield, IL 62763.

DISTRITO ESCOLAR (SE REQUIERE): NOMBRE DE LA ESCUELA (SE REQUIERE):