

EBT de verano del estado de Nueva York – Solicitud para familias**Puede completar esta solicitud en línea en otda.ny.gov/SummerEBT. ¡La solicitud en línea es más rápida y sencilla!**

Esta solicitud es para determinar si sus hijos cumplen con los requisitos para acceder al programa Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) de verano. Este formulario no sirve para solicitar comidas gratis o a precio reducido en la escuela de su hijo. Lea las instrucciones en la página 4, complete **solo un** formulario por hogar, firme con su nombre y envíelo a la dirección indicada abajo. Si es necesario, puede designar a una persona que no pertenezca al hogar como representante autorizado. Para más información sobre el programa EBT de verano, incluidas las fechas límite de solicitud, visita otda.ny.gov/SummerEBT.

Envíe por correo este formulario completo a:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Summer EBT
40 North Pearl Street, 9th Floor
Albany, NY 12243

PARTE 1. Enumere a todos los niños de su hogar que asisten a la escuela (adjunte otra hoja si es necesario):

Nombre del estudiante (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Ejemplo: 10/15/2016	Número de identificación del estudiante (opcional)	Nombre de la escuela a la que asiste en el ciclo escolar 2025–26	Marque la casilla solo si el niño recibe alguno de los siguientes beneficios durante el año escolar 2025–26.			Opcional
				Cuidado tutelar	Programa para personas sin hogar/que huyeron del hogar/migrantes	SNAP TA (asistencia en efectivo) Medicaid Si marca esta opción, complete la Parte 2.	Raza/origen étnico* Ingrese la letra correspondiente de la lista de abajo.
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	

* RAZA/ORIGEN ÉTNICO: Ingrese la letra que aparece después de la categoría que mejor describa al estudiante. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para la EBT de verano.

Hispano o latino (H), estadounidense nativo o nativo de Alaska (I), asiático (A), negro o afroamericano (B), nativo de Hawái u otra isla del Pacífico (P), blanco (W), Medio Oriente/Norte de África (M), Otro (U)

Continúa en la página 2

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

Si el estudiante recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Asistencia Temporal (en efectivo) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (SNAP, TA y FDPIR, respectivamente, por sus siglas en inglés), escriba el nombre del estudiante, marque con un círculo el programa que recibe e ingrese el número de CASO correspondiente. Luego, pase a la Parte 4 y firme la solicitud. El número de caso es obligatorio.

Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NÚM. DE CASO _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NÚM. DE CASO _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NÚM. DE CASO _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NÚM. DE CASO _____
Nombre: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NÚM. DE CASO _____

PARTE 3. Ingreso bruto del hogar:

Enumere a **todas las personas** que viven en su hogar, incluidos todos los adultos, cada niño mencionado anteriormente y cualquier otro menor que no asista a la escuela. Para cada persona que tenga algún tipo de ingreso, indique cuánto gana y con qué frecuencia recibe el pago (**semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual**). No deje los campos de ingreso en blanco. Si no percibe ingresos, marque la casilla correspondiente. Si incluyó a un menor en cuidado tutelar en la lista anterior, debe escribir su ingreso personal.

Nombre del integrante del hogar	Ingresos laborales sin deducciones <i>Monto/Frecuencia</i>	Sustento de menores, pensión alimenticia <i>Monto/Frecuencia</i>	Pensiones, pagos de jubilación <i>Monto/Frecuencia</i>	Otros ingresos <i>Monto/Frecuencia</i>	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

Continúa en la página 3

PARTE 4. Firma: Una persona adulta integrante del hogar debe firmar esta solicitud.

Al ingresar mi nombre a continuación, certifico (declaro) que toda la información que proporcioné es verdadera y correcta, y que estoy dispuesto(a) a cooperar con cualquier esfuerzo para verificar dicha información. Entiendo que esta no es una solicitud para acceder a comidas escolares gratuitas o a precio reducido, y que la información proporcionada por mí solo se utilizará para determinar la admisibilidad de mi(s) hijo(s) para los beneficios de alimentos de EBT de verano. Además, certifico que el menor o los menores declarados en esta solicitud no reciben beneficios de EBT de verano en otro estado. Esta solicitud se realiza en relación con la recepción de fondos federales y, si doy información falsa intencionalmente, es posible que mi(s) hijo(s) no sean aptos para los beneficios de EBT de verano y puedo estar sujeto a procesamiento según los estatutos penales estatales y federales aplicables.

Ingresa el nombre de la persona adulta del hogar (o representante autorizado) que completa la solicitud, firme y proporcione la información de contacto. La dirección y el correo electrónico se utilizarán para enviar información sobre la elegibilidad para recibir EBT de verano y las tarjetas de beneficios. Asegúrese de haber ingresado toda la información requerida y de que esté escrita con claridad.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Correo electrónico (opcional): _____

Teléfono principal: _____

Dirección: _____

Apartamento/Piso/Unidad: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

INSTRUCCIONES para completar la solicitud de EBT de verano

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO COMPLETE MÁS DE UN FORMULARIO POR HOGAR.

- (1) Escriba los nombres de los niños, incluidos los menores en cuidado tutelar, para quienes está solicitando en un solo formulario.
- (2) Para cada niño, ingrese la fecha de nacimiento, el nombre de la escuela y el número de identificación del estudiante. El número de identificación es opcional, pero ayudará a procesar su solicitud de manera más rápida y precisa. Este número es asignado por la escuela y tiene hasta 9 dígitos. Puede solicitarlo en la escuela si lo tiene. Para acceder a los beneficios, los estudiantes deben asistir a una escuela que participe en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP, por sus siglas en inglés).
- (3) Marque la casilla para indicar si el niño está en cuidado tutelar; participa en un programa para personas sin hogar, personas que huyeron del hogar o migrantes; recibe SNAP/TA o Medicaid; y responda la pregunta opcional sobre raza/origen étnico.

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 el número de caso actual de SNAP, TA, Medicaid o FDPIR de cualquier persona que viva en su hogar. No use el número de 16 dígitos de su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
- (2) Una de las personas adultas del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4. **OMITA LA PARTE 3** si alguno de los niños tiene un número de caso de SNAP, TA, Medicaid o FDPIR.

PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR LAS PARTES 3 Y 4.

- (1) Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, independientemente de si tienen ingresos. Inclúyase usted, los niños para quienes completa el formulario, otros hijos, su cónyuge, abuelos y demás familiares y personas sin parentesco que viven en su hogar. Use otra hoja si necesita más espacio.
- (2) Indique el monto de los ingresos actuales que percibe cada integrante del hogar, antes de impuestos o deducciones, y especifique su origen, como salario, asistencia pública, pensiones y otros ingresos (Seguro Social, seguro por desempleo, dinero en efectivo que reciba o retire de cualquier fuente, incluidos ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos disponibles para pagar la alimentación de sus hijos). Si los ingresos actuales son más altos o más bajos de lo habitual, registre el ingreso habitual de esa persona. **Especifique la frecuencia con la que recibe estos ingresos: semanal, quincenal (cada dos semanas/26 veces al año), dos veces al mes (24 veces al año) o mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla.** Los hogares deben cumplir con los límites de ingreso para calificar para recibir EBT de verano (visite otda.ny.gov/SummerEBT para más información).
- (3) Indique la dirección de su hogar donde debe enviarse la tarjeta EBT de verano, si corresponde. Si planea mudarse o se ha mudado recientemente fuera del estado de Nueva York, debe solicitar los beneficios de EBT verano en el estado donde el niño cursará o haya cursado el ciclo escolar inmediatamente anterior al período de vacaciones de verano.

Aviso sobre el uso de la información

La Ley Federal Richard B. Russell sobre Almuerzos Escolares exige que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios de EBT de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de admisibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a que brinden los beneficios de programas a su grupo familiar. Los inspectores y las autoridades también pueden utilizar su información para garantizar que se cumplan las reglas del programa. Hay menores que califican para EBT de verano sin tener que presentar una solicitud. Comuníquese con su estado o ITO para obtener EBT de verano para menores en cuidado tutelar y para niños sin hogar, inmigrantes o que han huido de su hogar.

Aviso sobre normas antidiscriminatorias del USDA

Conforme la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad; o que tome represalias o venganzas por participar en actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa está disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra de gran tamaño, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local que se encarga de administrar el programa, o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

INSTRUCCIONES para completar la solicitud de EBT de verano

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, deberá llenar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que lo puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>; o en una oficina del USDA; o llamando al (866) 632-9992; o mande una carta al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. Deberá enviar el formulario AD-3027 llenado o la carta al USDA por uno de los siguientes medios. (1) POR CORREO: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) POR FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) POR CORREO ELECTRÓNICO: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Además, la ley del estado de Nueva York prohíbe la discriminación por motivos de raza, credo, color de piel, nacionalidad, ciudadanía o estado migratorio, orientación sexual, identidad o expresión de género, situación militar, sexo, discapacidad, estado civil o condición de víctima de violencia doméstica.