

Solicitud del Transferencia Electrónica de Beneficios durante la Pandemia (P-EBT) para Missouri

Llene esta solicitud si su estudiante recibía o cumple los requisitos para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido. **No** llene la solicitud si su hogar recibe Cupones para Alimentos (SNAP), ya que sus beneficios se abonarán automáticamente a su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Esta solicitud se procesará únicamente si llena todos los campos. **No escriba en las áreas sombreadas.**

PASO 1: Brinde información sobre el adulto con el que nos comunicaremos en relación con esta solicitud.

Representante del hogar (padre o tutor de los menores):

Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento del representante del hogar:	Teléfono:
---------------------------	--	-----------

La dirección del hogar que se proporcionó a la escuela: (En caso de no tener hogar, escriba "homeless").

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal (en caso de ser diferente a la anterior):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

¿Actualmente recibe beneficios del SNAP en otro estado? Sí ¿En cuál estado?: _____ No

Paso 2: Brinde información sobre los menores en edad escolar (de pre-kindergarten a 12º grado) para los que realiza la solicitud. Indique el nombre del distrito escolar al que asiste el estudiante y, en caso correspondiente, el nombre de la escuela en la que está inscrito el menor (por ejemplo: Jefferson Co. R-VI, Jefferson Elementary).

Si tiene más de cinco (5) hijos en edad escolar, llene la sección cinco (5).

¿Es usted padre preadoptivo (*resource parent*) de un menor en régimen de acogida (*foster care*)? Sí No

Menor en edad escolar (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Nombres de distrito escolar Y escuela	¿Es escuela <i>Special Provision</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Paso 3: Brinde información sobre su hogar.

Proporcione lo solicitado acerca de **TODOS** los menores mencionados anteriormente y **TODOS** los miembros adultos que viven con usted en su hogar y que comparten los ingresos y gastos. Esto incluye individuos sin parentesco que incluso no generan ingresos propios.

¿Cuántas personas viven en su hogar que ADEMÁS se mantienen con los ingresos del hogar? _____

Indique su **ingreso bruto mensual** al momento de solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido, o al **18 de marzo del 2020**. **Si** sus ingresos cambiaron debido a una disminución de trabajo, indique sus **ingresos brutos mensuales** de marzo, abril y mayo. Si necesita ayuda en relación con sus ingresos consulte los *Requisitos de elegibilidad*.

Apellidos, nombre	Fuente de ingresos	18 de marzo	Marzo	Abril	Mayo
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

Paso 4: Lea y firme esta solicitud

Manifestación del USDA contra la discriminación: En apego a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que aplican o participan en programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas, o en represalia o venganza por actividades de derechos civiles llevadas a cabo anteriormente en programas o actividades realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para conocer la información del programa (ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o con trastornos del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service, llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa podría ponerse a disposición en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una denuncia contra discriminación, llene el [Formulario para Denunciar Discriminación en un Programa del USDA](#) (AD-3027) que está disponible en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe la carta o el formulario con sus datos al USDA por correo postal a la dirección *U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410*; o por fax al número (202) 690-7442; o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

Manifestación del DSS contra la discriminación: El Departamento de Servicios Sociales de Missouri (DSS) está comprometido con los principios de igualdad de oportunidades laborales y acceso equitativo a los servicios. En consecuencia, los empleados, solicitantes de empleo y proveedores del DSS son tratados de manera equitativa sin distinción de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, información genética, situación de embarazo, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o condición de veterano.

Advertencia de sanción: Declaro (juro) que toda la información en esta solicitud es fiel y exacta y que en ella se manifiestan todos los ingresos. Comprendo que la información que se brinda se relaciona con la recepción de fondos federales. Comprendo que las autoridades escolares estatales o locales pueden verificar la precisión de la información en esta solicitud. Soy consciente de que si proporciono información falsa deliberadamente, a mis hijos podrían denegárseles los beneficios y yo podría quedar sujeto a un proceso judicial de índole estatal o federal.

NO proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios de Cupones para Alimentos. NO entregue, venda ni intercambie beneficios de Cupones para Alimentos a quien o con quien no tiene autorización de usarlos. NO modifique los documentos de autorización para así obtener beneficios de Cupones para Alimentos que no le corresponden. NO use beneficios de Cupones para Alimentos para comprar artículos prohibidos, como bebidas alcohólicas o tabaco. NO use los beneficios de Cupones para Alimentos de otra persona para favorecer a su hogar.

Comprendo las preguntas de esta solicitud. Sé que es ilegal obtener o intentar obtener beneficios que no me corresponden. Si realizo declaraciones falsas u oculto hechos relevantes, en parte o en su totalidad, podría quedar sujeto a un proceso penal o civil. Como resultado del cierre temporal de escuelas debido a la pandemia por COVID-19, los menores incluidos en esta solicitud no reciben almuerzos gratuitos o a precio reducido en su escuela. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta e íntegra a mi leal saber y entender. También autorizo que se divulgue toda información necesaria para determinar la precisión de mi declaración. Comprendo que si no estoy de acuerdo con alguna acción implementada en mi caso, tengo derecho de solicitar una audiencia imparcial de forma oral o escrita.

 **FIRME AQUÍ:**

Su firma:	FECHA
Firma del testigo (necesaria si usted no puede firmar con su nombre):	FECHA

Paso 5: Brinde información sobre los menores en edad escolar adicionales para quienes realiza la solicitud. (Si hay más de ocho (8) menores en edad escolar en el hogar, inclúyalos en otra hoja de papel).

Menor en edad escolar (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Nombres de distrito escolar Y escuela
Menor en edad escolar (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Nombres de distrito escolar Y escuela
Menor en edad escolar (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Nombres de distrito escolar Y escuela

Paso 6: Envíe la solicitud con sus datos al Department of Elementary and Secondary Education.

Llene la solicitud, firmela y entonces envíela. Opciones para enviar la solicitud: (No devuelva esta solicitud a la escuela).

- Escanee y envíe la solicitud por correo electrónico a: foodandnutritionservices@dese.mo.gov, O
- envíela por correo postal a: Food and Nutrition Services, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102.

El Department of Elementary and Secondary Education evaluará si cumple los requisitos para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido y enviará su solicitud a la División de Apoyo a la Familia, Departamento de Servicios Sociales.