

Menores en edad escolar de Missouri

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

Llene esta solicitud si su estudiante asiste a una escuela que **no** ha estado abierta para asistencia de jornada completa durante los últimos cinco (5) días consecutivos del ciclo escolar 2020–2021 debido a las restricciones por COVID-19 **y** si su hijo ha recibido o cumple los requisitos para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido. Esta solicitud se procesará únicamente si llena todos los campos. Cada uno de los menores en su hogar recibirá su propia tarjeta EBT.

Si no se ha determinado si su hijo cumple los requisitos para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido durante el ciclo escolar 2019-2020 o 2020-2021, por favor, comuníquese a la escuela de su hijo para realizar la solicitud.

PASO 1: Brinde información acerca del adulto con quien nos comunicaremos en relación con esta solicitud.

Representante del hogar, padre, tutor o padre adoptivo (apellidos, nombres)::

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:
---------	---------	----------------

Paso 2: Brinde información de los menores en edad escolar (*pre-kindergarten* a 12^o grado) para los que realiza la solicitud. Indique el nombre del distrito escolar al que asiste el estudiante (ej., Columbia), el nombre de la escuela (ej., Beulah Ralph Elementary), la dirección del plantel (ej., 5801 S Hwy KK) y la ciudad (ej., Columbia) en que está inscrito el menor.

Si en su hogar hay más de cinco (5) menores en edad escolar, incluya a los demás menores en otra hoja.

Menor 1 (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Distrito escolar	¿Cómo se autorizó que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido? <input type="checkbox"/> por solicitud <input type="checkbox"/> otro método
-----------------------------	-----------------	-----------------------	------------------	--

Nombre del plantel escolar	Nombre de la calle de la escuela	Ciudad
----------------------------	----------------------------------	--------

Menor 2 (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Distrito escolar	¿Cómo se autorizó que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido? <input type="checkbox"/> por solicitud <input type="checkbox"/> otro método
-----------------------------	-----------------	-----------------------	------------------	--

Nombre del plantel escolar	Nombre de la calle de la escuela	Ciudad
----------------------------	----------------------------------	--------

Menor 3 (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Distrito escolar	¿Cómo se autorizó que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido? <input type="checkbox"/> por solicitud <input type="checkbox"/> otro método
-----------------------------	-----------------	-----------------------	------------------	--

Nombre del plantel escolar	Nombre de la calle de la escuela	Ciudad
----------------------------	----------------------------------	--------

Menor 4 (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Distrito escolar	¿Cómo se autorizó que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido? <input type="checkbox"/> por solicitud <input type="checkbox"/> otro método
-----------------------------	-----------------	-----------------------	------------------	--

Nombre del plantel escolar	Nombre de la calle de la escuela	Ciudad
----------------------------	----------------------------------	--------

Menor 5 (apellidos, nombre)	Fec. nacimiento	No. del Seguro Social	Distrito escolar	¿Cómo se autorizó que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido? <input type="checkbox"/> por solicitud <input type="checkbox"/> otro método
-----------------------------	-----------------	-----------------------	------------------	--

Nombre del plantel escolar	Nombre de la calle de la escuela	Ciudad
----------------------------	----------------------------------	--------

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 (833) 256-1665; o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

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 P-EBT.

NO entregue, venda ni intercambie beneficios de P-EBT a quien o con quien no tiene autorización de usarlos.

NO modifique los documentos de autorización para así obtener beneficios de P-EBT que no le corresponden.

NO use beneficios de P-EBT para comprar artículos prohibidos, como bebidas alcohólicas o tabaco.

NO use los beneficios de P-EBT 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 6: Envíe la solicitud con sus datos a la División de Apoyo a la Familia del Departamento de Servicios Sociales

Llene la solicitud, fírmela y entonces envíela. **No devuelva esta solicitud a la escuela.** Opciones para enviar la solicitud:

- Llene, firme y envíe la solicitud por correo electrónico a: FSD.MOPEBT@dss.mo.gov, O
- envíela por correo postal a: Family Support Division, 615 E. 13th St, Kansas City, MO 64106

Envíe su solicitud a más tardar el 20 de agosto del 2021 para determinar si se reúnen los requisitos.