

Solicitud para los Beneficios EBT de Verano de Oregon

Complete una solicitud por hogar.

Por favor utilice un bolígrafo azul o negro, no un lápiz o marcador.

Cómo completar las burbujas del formulario: Correcto Incorrecto

IMPORTANTE

- **Puede presentar su solicitud más rápido en línea.** Vaya a sebt.oregon.gov para iniciar la solicitud u obtener más información.
- **Información requerida:** Las preguntas marcadas con asterisco "*" son obligatorias. Si no responde las preguntas obligatorias marcadas con un "*", su solicitud tomará más tiempo en ser procesada.
- Complete todas las páginas obligatorias, **FIRME** su solicitud y envíela a:
 - **Correo electrónico:** SummerEBTinfo@odhs.oregon.gov; o
 - **Correo:** Oregon Summer EBT Program Center
PO Box 14840
Salem, OR 97309

¿Qué es el EBT de verano?

El EBT de verano es un nuevo programa anual de beneficios para ayudar a las familias a comprar alimentos para sus hijos en edad escolar durante el verano. Las familias recibirán \$120 por cada niño elegible. Los hogares que ya participan en SNAP, TANF o el Plan de Salud de Oregon (Medicaid) pueden ser automáticamente elegibles y no necesitan presentar su solicitud. Los niños en cuidado de crianza, inscritos en programas de migrantes, conocidos por la escuela por estar experimentando falta de vivienda o que asisten al programa Head Start pueden ser automáticamente elegibles para el EBT de Verano.

Antes de comenzar - Por favor revise esta información para ayudarnos a procesar su solicitud.

1. **Uso del "Hogar":** El hogar se refiere a un grupo de personas, con o sin parentesco, que viven juntas y comparten cosas como comida o dinero.
2. **Consejos sobre lo que necesita tener listo:**



Información del Niño

- Nombres y fechas de nacimiento
- Escuela y distrito donde cada niño terminó el año escolar



Ingreso del Hogar

- Información de los ingresos para todos los adultos y los niños en el hogar (mire la página 2 para más información)



Dirección del Correo Postal del Hogar

- Esta dirección será usada para enviar los avisos por correo postal y las tarjetas EBT de Oregon
- Si se ha mudado, solicite los beneficios en el estado donde su niño terminó el año escolar

3. Indicar Método de Contacto e Idioma Preferidos del Aviso

Puede seleccionar su método de contacto preferido. Envíe la próxima página con su solicitud.

- Las llamadas, mensajes de texto y el correo electrónico se encuentran disponibles en inglés o español. El inglés será el idioma predeterminado para las llamadas, los mensajes de texto y los correos electrónicos, a menos que se seleccione el español.
- 10 idiomas se encuentran disponibles para los avisos por correo postal. El inglés será el idioma predeterminado, a menos que se seleccione otra opción.

¿Cuál es su método de contacto preferido?

Correo Electrónico Llamada/Texto

¿Cuál es su idioma preferido para los avisos?

English / Inglés <input type="radio"/>	Spanish/ Español <input type="radio"/>	русский язык/ Ruso <input type="radio"/>	Tiếng Việt/ Vietnamita <input type="radio"/>	українська/ Ucraniano <input type="radio"/>
Af Soomaaliga/ Somalí <input type="radio"/>	Trukese/ Chuukés <input type="radio"/>	اللغة العربية/ Arabic <input type="radio"/>	漢語/ Chino Tradicional <input type="radio"/>	汉语/ Chino Simplificado <input type="radio"/>

Límites de Ingreso

Los siguientes requisitos de ingresos federales son utilizados para determinar si los niños en un hogar son elegibles para los beneficios EBT de verano. Los ingresos brutos totales de un hogar, sin descontar los impuestos y deducciones, deben ser iguales o menores a estas cantidades para ser elegibles para el EBT de Verano.

Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
+1	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

Fuentes de Ingresos y Ejemplos

Fuentes de Ingresos del Adulto		
Ganancias del Trabajo	Asistencia/Desempleo/ Pensión Alimenticia/Manutención Infantil	Pensiones/Retiro/Otras Fuentes
<ul style="list-style-type: none"> Salario, sueldo, bonificación en efectivo, propinas, comisiones Ingreso neto de empleo propio (granja o negocio) <p>Si se encuentra en el Ejército de los EE.UU:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sueldo básico y bonificación en efectivo (no incluye paga de combate, FSSA o subsidios de hogares privatizados) Asignaciones para vivienda fuera de la casa, comida, y vestimenta 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios por desempleo Indemnización por accidente laboral Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención infantil Beneficios para los veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social/Discapacidad (Incluyendo beneficios de jubilación ferroviaria y por enfermedad pulmonar de los mineros) Pensiones privadas o beneficios por discapacidad Ingresos por fideicomisos o herencias Renta Vitalicia (pagos periódicos) Ingresos por inversiones Intereses ganados Ingresos de renta Pagos regulares en efectivo provenientes de fuera del hogar

Fuentes de Ingresos del Niño - Dinero recibido de fuera del hogar que es pagado DIRECTAMENTE a su niño.

- Un niño tiene un trabajo a tiempo parcial o completo donde gana salario o sueldo
- Un niño está experimentando ceguera o discapacidad y recibe los beneficios de Seguridad Social
- Un niño recibe los beneficios de Seguridad Social porque su padre vive con una discapacidad, está jubilado, o ha fallecido
- Un amigo o miembro de la familia extendida le da regularmente dinero al niño para sus gastos
- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso.

Información sobre las Sanciones del EBT de Verano

Si usted hace lo siguiente...	Perderá sus beneficios de alimentos...
<ul style="list-style-type: none"> • Esconde información o proporciona información falsa; • Usa tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT por sus siglas en inglés) de otras personas; • Utiliza los beneficios de comida para comprar alcohol o tabaco; • Cambia o vende los beneficios o tarjetas EBT; • Vacía recipientes sólo por el valor de canje en efectivo; • Revende por dinero en efectivo, alimentos que ha comprado con los beneficios de comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 meses por la primera infracción; • 24 meses por la segunda infracción; • Permanentemente por la tercera infracción.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia los beneficios de comida por sustancias controladas como drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 meses por la primera infracción; • Permanentemente por la segunda infracción.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia los beneficios de comida por armas de fuego, municiones o explosivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanentemente.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia, compra o vende los beneficios de comida de \$500 o más. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanentemente.
<ul style="list-style-type: none"> • Brinda información falsa sobre quién es usted o dónde vive para recibir beneficios de comida adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 años por cada infracción.
<p>También puede ser multado hasta \$250,000 o ir a la cárcel por hasta 20 años o ambos, por hacer estas cosas. También podría ser procesado bajo otras leyes federales.</p>	
Si usted hace lo siguiente teniendo conocimiento...	Usted podría...
<ul style="list-style-type: none"> • Usa tarjetas EBT que no son suyas; • Transfiere sus tarjetas EBT a otras personas; • Adquiere o posee tarjetas EBT que no son suyas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser culpable de un delito grave o menor; • Recibir una multa; • Ir a la cárcel; • No ser elegible para los beneficios de comida por un período de tiempo.

¿Tiene preguntas?

Por favor llame al Centro de Llamadas EBT de Verano al **1-833-673-7328**. El Centro de Llamadas está abierto de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico).

PASO 1 Información del Niño - Enumere cada niño en su hogar. Seleccione si está solicitando por ellos e incluya la escuela donde asisten. **El niño solo será elegible para el EBT de Verano si asiste a una escuela que ofrezca comida gratuita o a precio reducido.**



Para cada niño en la lista, reporte los ingresos totales brutos si los hubiera (antes de impuestos y deducciones), sólo en dólares enteros (sin centavos). Esto puede incluir ganancias del trabajo, Ingreso de Seguridad Suplemental y otro ingreso. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". **Si ha ingresado "0" o deja algún espacio en blanco, usted certifica (promete) que el niño en la lista no tiene ingresos que reportar.**

Niño 1

Nombre * [Grid for name]

Inicial [Grid for initial]

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) * [Grid for birth date]

Apellido * [Grid for last name]

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar * [Grid for school name]

Nombre del Distrito de la Escuela [Grid for district name]

Fuente(s) de Ingreso(s) [Grid for income source]

Etnia (Opcional)
 ¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e? Sí No

Origen racial (Opcional)
 Negro o Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio o Norte de África Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanco Otro

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?

Sí No

Ingresos del Niño

\$ [Grid for amount]

Semanales Cada 2 Semanas

2 veces al mes Mensuales

Anuales

Niño 2

Nombre * [Grid for name]

Inicial [Grid for initial]

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) * [Grid for birth date]

Apellido * [Grid for last name]

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar * [Grid for school name]

Nombre del Distrito de la Escuela [Grid for district name]

Fuente(s) de Ingreso(s) [Grid for income source]

Etnia (Opcional)
 ¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e? Sí No

Origen racial (Opcional)
 Negro o Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio o Norte de África Indígena Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanco Otro

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?

Sí No

Ingresos del Niño

\$ [Grid for amount]

Semanales Cada 2 Semanas

2 veces al mes Mensuales

Anuales

(Continuación) PASO 1 Información del Niño - Enumere cada niño en su hogar. Seleccione si está solicitando por ellos e incluya la escuela donde asisten. **El niño solo será elegible para el EBT de Verano si asiste a una escuela que ofrezca comida gratuita o a precio reducido.**

Niño
3

Nombre *

Inicial

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) *

Apellido *

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar *

Nombre del Distrito de la Escuela

Fuente(s) de Ingreso(s)

Etnia (Opcional)
¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e? Sí No

Origen racial (Opcional)
 Negro o Afroestadounidense
 Asiático
 De Oriente Medio o Norte de África
 Indígena Americano o Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
 Blanco
 Otro

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?
 Sí No

Ingresos del Niño

\$

Semanales
 Cada 2 Semanas
 2 veces al mes
 Mensuales
 Anuales

Niño
4

Nombre *

Inicial

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) *

Apellido *

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar *

Nombre del Distrito de la Escuela

Fuente(s) de Ingreso(s)

Etnia (Opcional)
¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e? Sí No


Origen racial(Opcional)
 Negro o Afroestadounidense
 Asiático
 De Oriente Medio o Norte de África
 Indígena Americano o Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
 Blanco
 Otro

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?
 Sí No

Ingresos del Niño

\$

Semanales
 Cada 2 Semanas
 2 veces al mes
 Mensuales
 Anuales

Añadir más niños en las páginas 9 y 10 

PASO 2 Adultos del Hogar e Ingresos - Enumere cada adulto del hogar y sus ingresos (antes de impuestos y deducciones).

A. ¿Usted o alguien en su hogar participa en algunos de estos programas?: ¿Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP por sus iniciales en inglés), Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus iniciales en inglés) o Plan de Salud de Oregon (Medicaid/OHP por sus iniciales en inglés)? **Si brinda un número de caso ONE, no necesita brindar los nombres de todos los miembros del hogar y la información de ingresos en el Paso B.**

Número de Caso (No es igual el número del EBT de Oregon):

Si **NO** -> Continué con el Paso B Si **SÍ** -> Por favor proporcione su número de caso ONE:

B. Enumere todos los adultos del hogar (incluyendo usted). Para cada niño en la lista, reporte los ingresos totales brutos si los hubiera (antes de impuestos y deducciones), sólo en dólares enteros (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0".

Si ha ingresado "0" o deja algún espacio en blanco, usted certifica (promete) que la persona del hogar en la lista no tiene ingresos que reportar.


Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *

Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *

Total de Miembros Adultos		Total de Miembros Niños		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		Ganancias del Trabajo *		Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *		Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adulto 1	Nombre *					Inicial	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Apellido *											

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		Ganancias del Trabajo *		Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *		Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Adulto 2	Nombre *					Inicial	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Apellido *											

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		Ganancias del Trabajo *		Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *		Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Adulto 3	Nombre *					Inicial	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Apellido *											

Añadir más adultos en la página 11 

PASO 4 Firma e Información de Contacto - Proporcione su firma y nombre en letra de molde para certificar la solicitud. Indique la mejor forma de contactarlo. Los ítems con * son campos obligatorios.

Al firmar, "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que doy esta información para recibir fondos federales, y que el Departamento de Servicios Humanos de Oregon puede verificar (confirmar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito es posible que no sea elegible o que tenga que devolver los beneficios, y podría ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables."

Firma del Adulto *	Fecha de hoy (mm/dd/aa)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)
	/ /	/ /
Nombre del Adulto *	Número de Teléfono	
Apellido del Adulto *		
Dirección de Correo Postal del Hogar Línea 1		
Dirección de Correo Postal del Hogar Línea 2		
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico		

Declaración de Uso de la Información, Declaración de Elegibilidad Categórica y Declaración de Divulgación de información - La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios EBT de Verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Podríamos compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarlos a darle los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las autoridades pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para el EBT de Verano sin una solicitud. Por favor contacte a su Estado o ITO para obtener el EBT de Verano para un niño adoptado, y niños sin hogar, migrantes, o fugitivos. Esta institución provee igualdad de oportunidades.

Declaración de No Discriminación de la USDA - Con respecto a la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus iniciales en inglés), a esta institución se le prohíbe discriminar por raza, color, nacionalidad, origen, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades de derechos civiles previas. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (p.ej., braille, letra grande, cintas de video, Lengua de Señas Americana), deben contactar al estado responsable, o la agencia local que administra el programa, o el Centro TARGET de USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o contactar al USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Para presentar un reclamo de discriminación del programa, un demandante debe completar el Formulario AD-3027, el Formulario de Reclamo de Discriminación del Programa USDA que puede conseguirse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o redactando una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre del reclamante, su dirección, su número telefónico, y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar a la Secretaría General de Derechos Civiles (ASCR por sus iniciales en inglés) sobre la naturaleza y fecha de la infracción de los derechos civiles alegada. El formulario AD-3027 completado o la carta debe ser enviada a la USDA por:

Enviar por correo a: U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; o

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov

Si tiene preguntas, llame al Centro de Llamadas EBT de Verano al **1-833-673-7328**. Está abierto de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico).



Esta página solo es obligatoria si está utilizando un representante autorizado para que lo ayude a completar y enviar su solicitud.

(Opcional) Firma del Representante Autorizado – Puede escoger a alguien para que sea su representante autorizado. Un representante autorizado es alguien que conoce que puede ayudarle a solicitar y enviar información.

Al firmar, “Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que doy esta información para recibir fondos federales, y que el Departamento de Servicios Humanos de Oregon puede verificar (confirmar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito es posible que no sea elegible o que tenga que devolver los beneficios, y podría ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables.”

A. ¿Desea otorgar permiso a un representante autorizado para solicitar los beneficios para usted? Sí No

B. Si Sí -> Por favor que el representante autorizado firme y complete su información a continuación:

Firma del Representante Autorizado **Fecha de Hoy (mm/dd/aa)**

/ /

Nombre del Representante **Inicial** **Organización**

Apellido del Representante

Correo electrónico

Número de celular

Renuncias y Declaraciones de la Solicitud

Derechos y Responsabilidades de un Representante Autorizado - Un representante autorizado podría realizar cosas tales como lo siguiente por el(los) cliente(s): Firmar y enviar solicitudes y renovaciones, reportar cambios y recibir copias de avisos y otros comunicados. Un representante autorizado actúa en representación del(los) cliente(s) para el programa EBT de Verano de ODHS que lo soliciten o lo reciban. Esto aplicará a todos los clientes en el caso. El representante autorizado listado en este formulario reemplazará cualquier representante autorizado previamente designado en este caso. La persona u organización escogida como el representante autorizado permanecerá como representante autorizado hasta que:

- Un cliente del caso le diga al ODHS que quiere terminar esta autorización, o
- El representante autorizado le diga al ODHS que quiere terminar esta autorización, o
- Ya no se le permite a la persona u organización actuar como representante autorizado del cliente.

Si el representante autorizado da información incorrecta o incompleta al ODHS y eso causa un sobrepago, los clientes y cualquier otra parte responsable tendrán que devolver lo que no deberían haber recibido Si el representante autorizado sabe y no dice la verdad o esconde información, también tendrá que devolver el pago. El representante autorizado debe mantener la confidencialidad de cualquier información que el ODHS le dé sobre cualquier persona enumerada en la solicitud o caso además de cumplir con todas las leyes estatales o federales relevantes sobre conflictos de interés y confidencialidad de la información.

Normas Administrativas de Oregon: 461-115-0090

(Espacio Adicional) PASO 1 Información del Niño

Niño 5

Nombre *

Grid for name input

Inicial

Initial input box

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) *

Grid for birth date input

Apellido *

Grid for last name input

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar *

Grid for school name input

Nombre del Distrito de la Escuela

Grid for district name input

Fuente(s) de Ingreso(s)

Grid for income source input

Etnia (Opcional)

Ethnicity options: ¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e? Sí No

Origen racial (Opcional)

Race options: Negro o Afroestadounidense, Asiático, De Oriente Medio o Norte de África, Indígena Americano o Nativo de Alaska

Race options: Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico, Blanco, Otro

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?

EBT options: Sí No

Ingresos del Niño

Income frequency options: Semanales, Cada 2 Semanas, 2 veces al mes, Mensuales, Anuales

Niño 6

Nombre *

Grid for name input

Inicial

Initial input box

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) *

Grid for birth date input

Apellido *

Grid for last name input

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar *

Grid for school name input

Nombre del Distrito de la Escuela

Grid for district name input

Fuente(s) de Ingreso(s)

Grid for income source input

Etnia (Opcional)

Ethnicity options: ¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e? Sí No

Origen racial (Opcional)

Race options: Negro o Afroestadounidense, Asiático, De Oriente Medio o Norte de África, Indígena Americano o Nativo de Alaska

Race options: Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico, Blanco, Otro

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?

EBT options: Sí No

Ingresos del Niño

Income frequency options: Semanales, Cada 2 Semanas, 2 veces al mes, Mensuales, Anuales

Niño 7

Nombre *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial

--

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) *

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Apellido *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Distrito de la Escuela

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente(s) de Ingreso(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Etnia (Opcional)

Origen racial (Opcional)

¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Negro o Afroestadounidense <input type="radio"/>	Asiático <input type="radio"/>	De Oriente Medio o Norte de África <input type="radio"/>	Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/>
--------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="radio"/>	Blanco <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
-------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?

Sí No

Ingresos del Niño

\$ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>							
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>							
Anuales <input type="radio"/>								

Niño 8

Nombre *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial

--

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) *

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Apellido *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la Escuela que Asistió Durante el Final del Año Escolar *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Distrito de la Escuela

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente(s) de Ingreso(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Etnia (Opcional)

Origen racial (Opcional)

¿Este niño es Hispano o Latino/a/x/e?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Negro o Afroestadounidense <input type="radio"/>	Asiático <input type="radio"/>	De Oriente Medio o Norte de África <input type="radio"/>	Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/>
--------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="radio"/>	Blanco <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
-------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------

¿Desea solicitar los beneficios EBT de Verano para este niño?

Sí No

Ingresos del Niño

\$ <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>							
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>							
Anuales <input type="radio"/>								

(Espacio Adicional) PASO 2 Ingreso de los Adultos del Hogar

Adulto 4

Nombre * Inicial

Apellido *

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Ganancias del Trabajo *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anual <input type="radio"/>							

Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Adulto 5

Nombre * Inicial

Apellido *

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Ganancias del Trabajo *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *

\$

Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>						
Anual <input type="radio"/>							

Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Adulto 6

Nombre * Inicial

Apellido *

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Ganancias del Trabajo *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *

\$

Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>						
Anual <input type="radio"/>							

Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Adulto 7

Nombre * Inicial

Apellido *

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Ganancias del Trabajo *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							

Asistencia, Desempleo, Manutención Infantil y Pensión Alimenticia *

\$

Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>						
Anual <input type="radio"/>							

Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementaria, y otros ingresos *

\$

Semanales <input type="radio"/>	Cada 2 Semanas <input type="radio"/>						
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensuales <input type="radio"/>						
Anuales <input type="radio"/>							