****

**Solicitud en papel para el Programa P-EBT**

**Instrucciones/Información:**

Los beneficios de la Transferencia Electrónica de Beneficios durante la Pandemia (*Pandemic EBT, P-EBT*) se encuentran disponibles para las unidades familiares que tengan hijos menores que estén certificados como elegibles para recibir almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido, o que participen en una escuela de Provisión de Elegibilidad Comunitaria (*Community Elegibility Provision*) durante el año escolar; y la escuela o el distrito escolar del menor o los menores tiene que haber sido cerrada debido a la pandemia de COVID-19 por al menos 5 días consecutivos.

Por favor complete el siguiente formulario para su familia que cumpla los criterios anteriores para ser elegible para beneficios de P-EBT. Luego de que envíe la información, determinaremos su elegibilidad y, de ser elegible, se le enviará por correo postal una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (*EBT*) a la dirección que usted provea más abajo. Los beneficios de EBT no son transferibles. Al enviar esta solicitud, usted está dando su consentimiento para participar en el programa P-EBT.

Por favor díganos si necesita asistencia con esta solicitud debido a que tiene una discapacidad o no habla inglés. Tenemos asistencia gratuita disponible. Contacte al 1-866-311-4287 para recibir asistencia.

**¿Está recibiendo actualmente beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o Familias Primero (Families First)?**

* Sí
* No

**¿Se encuentra el o la estudiante apto o apta para recibir comidas gratuitas o a precio reducido durante el año escolar?**

* Sí
* No
* No lo sé

**Información del Padre o la Madre, o del Tutor Legal-Contacto Principal**

Primer Nombre: Segundo nombre: Apellido: Sufijo:

Dirección Residencial: Calle: Ciudad: Estado: Cód. Pos:

Dirección de correo postal: La misma que la dirección residencial

Últimos 4 dígitos de Núm. de Seg. Soc.:

(Opcional/no requerido)

Corr. Electrónico: Fecha de Nac.:

Teléfono: Casa Casa Celular Trabajo

Condado donde reside:

**Información de la Unidad Familiar:**

Por favor complete un formulario para su familia entera, indicando todos los hijos menores en edad escolar. Use la siguiente tabla para listar cada hijo menor en su unidad familiar que reciba almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido, o que participe en un programa de alimentación provisional, como la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (*Community Elegibility Provision, CEP*) o la Provisión 2 (*Provision 2*), durante el año escolar.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Nombre** | **Inicial Media** | **Apellido** | **Fecha de Nacimiento****(mm/dd/aaaa)** | **Distrito Escolar**  | **Nombre de la Escuela**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Si tiene más menores, agrege su información a la espalda de esta solicitud en papel.