

Solicitud de beneficios de Summer EBT de Oregon



Complete una solicitud por hogar.

Utilice un bolígrafo azul o negro; no utilice un lápiz ni un marcador.

Cómo llenar las casillas del formulario: Correcto Incorrecto



IMPORTANTE

- Puede presentar la solicitud más rápido en línea. Visite sebt.oregon.gov para iniciar su proceso de solicitud u obtener más información.
- **Información obligatoria:** Las preguntas marcadas con un asterisco * son obligatorias. Si no responde las preguntas obligatorias marcadas con *, el procesamiento de su solicitud tardará más tiempo.
- Complete todas las páginas obligatorias, FIRME su solicitud y envíela por uno de los siguientes medios:
 - Correo electrónico: SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov
 - Correo postal: Oregon Summer EBT Program Center
PO Box 14840
Salem, OR 97309

¿Qué es Summer EBT?

Summer EBT es un programa de beneficios para comestibles destinado a ayudar a las familias a comprar alimentos para sus hijos en edad escolar durante el verano. Las familias recibirán \$120 por niño elegible. Los hogares que participan en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Plan de Salud de Oregon (Medicaid) pueden ser elegibles automáticamente y no es necesario que envíen una solicitud. Los niños que se encuentran en hogares de cuidado temporal, están inscritos en programas para inmigrantes, asisten a un programa Head Start o cuya escuela tenga conocimiento de que no tienen un hogar pueden ser elegibles automáticamente para el programa Summer EBT.

Antes de comenzar: revise esta información para ayudarnos a procesar su solicitud.

1. **Uso del término “hogar”:** el término “hogar” hace referencia a un grupo de personas, emparentadas o no, que viven juntas y comparten alimentos y dinero.
2. **Consejos para reunir la información necesaria:**



Información del niño

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



Ingresos del hogar

- Información sobre los ingresos brutos (antes de que se descuenten impuestos o deducciones) para todos los adultos y niños del hogar (consulte la página 2 para obtener más información).



Dirección postal del hogar

- Esta dirección se utilizará para enviar por correo postal avisos y tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefits Transfer, EBT) de Oregon.
- Si se mudó, solicite beneficios en el estado donde su hijo terminó el año escolar.

3. Indique el método de contacto y el idioma de preferencia para recibir avisos

Puede seleccionar su método de contacto preferido. Presente esta página junto con su solicitud.

- Los mensajes de texto, por teléfono o por correo electrónico están disponibles en inglés o español. Inglés será el idioma predeterminado para mensajes de texto, por teléfono o por correo electrónico salvo que elija español.
- Para recibir mensajes por correo postal, hay 10 idiomas disponibles. Inglés será el idioma predeterminado a menos que elija otra opción.

¿Cuál método de contacto prefiere?

Correo electrónico Teléfono/mensaje de texto

¿En qué idioma prefiere recibir avisos?

Inglés

Español

русский язык/
Ruso

Tiếng

українська/
ucraniano

Af Soomaaliga/
Somalí

Turkés/
Chuukés

اللغة العربية/
Árabe

Việt/vietnamita

漢語/
chino tradicional

汉语/
chino simplificado

Pautas para ingresos

Los límites de ingresos federales se usan para determinar la elegibilidad de un niño para los beneficios de Summer EBT. El ingreso bruto total de un hogar, antes de que se descuenten impuestos y deducciones, debe ser inferior al límite de ingresos federal para acceder a Summer EBT. Visite SEBT.Oregon.Gov para obtener más información sobre el límite de ingresos federal.

Fuentes de ingresos y ejemplos

Fuentes de ingresos de adultos		
Ingresos del trabajo	Ayuda/beneficio de desempleo/manutención infantil/pensión alimentaria	Pensiones/jubilación/otras fuentes
<ul style="list-style-type: none">• Salario, sueldos, bonificaciones en efectivo, propinas, comisiones• Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) <p>Si forma parte de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Salario básico y bonificaciones en efectivo (no incluya pago por combates, asignaciones de la FSSA o de vivienda privatizada)• Asignaciones para vivienda, comida y ropa fuera de una base militar	<ul style="list-style-type: none">• Beneficios de desempleo• Indemnización laboral• Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)• Pagos de pensión alimentaria• Pagos de manutención infantil• Beneficios para veteranos• Beneficios por huelga sindical	<ul style="list-style-type: none">• Beneficios del Seguro Social/por discapacidad (incluidos beneficios de retiro de ferroviarios y conforme a la Ley de Beneficios por Pulmones Negros)• Beneficios privados de pensiones o por discapacidad• Ingresos fiduciarios o patrimoniales• Anualidades• Ingresos de inversiones• Interés ganado• Ingresos de alquiler• Pagos frecuentes en efectivo externos al hogar

Fuentes de ingresos de niños: dinero recibido de una fuente externa a su hogar que se paga DIRECTAMENTE a los niños.

- Un niño tiene un trabajo habitual de tiempo parcial o completo por el que recibe un salario o sueldo.
- Un niño tiene ceguera o una discapacidad, y recibe beneficios del Seguro Social.
- Un niño recibe beneficios del Seguro Social porque su padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido.
- Un niño recibe con frecuencia dinero para gastos de un amigo o miembro de la familia extendida.
- Un niño obtiene ingresos frecuentes de un fondo de pensión, una anualidad o un fideicomiso privados.

Información sobre las sanciones de Summer EBT

Si usted hace lo siguiente...	Perderá los beneficios alimentarios...
<ul style="list-style-type: none"> Oculta información o realiza declaraciones falsas. Utiliza tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona. Utiliza los beneficios alimentarios para comprar alcohol o tabaco. Comercializa o vende beneficios o tarjetas de EBT. Vierte contenedores solo para recibir el valor de reembolso en dinero en efectivo. Revende los alimentos comprados con los beneficios alimentarios para recibir dinero en efectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> 12 meses en caso de la primera infracción. 24 meses en caso de la segunda infracción. De manera permanente en caso de una tercera infracción.
<ul style="list-style-type: none"> Comercializa beneficios alimentarios a cambio de sustancias controladas, como drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> 24 meses en caso de la primera infracción. De manera permanente en caso de una segunda infracción.
<ul style="list-style-type: none"> Comercializa beneficios alimentarios a cambio de armas de fuego, municiones o explosivos. 	<ul style="list-style-type: none"> De manera permanente.
<ul style="list-style-type: none"> Comercializa, compra o vende beneficios alimentarios por un valor de \$500 o más. 	<ul style="list-style-type: none"> De manera permanente.
<ul style="list-style-type: none"> Proporciona información falsa sobre quién es usted o el lugar en el que vive para poder recibir beneficios alimentarios adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> 10 años por cada infracción.
<p>También puede recibir una multa de hasta \$250,000 o ir a prisión durante hasta 20 años, o ambas, por hacer estas cosas. También se le puede imputar un delito de conformidad con otras leyes federales.</p>	
Si usted, a sabiendas, hace lo siguiente...	Podría...
<ul style="list-style-type: none"> Usa tarjetas de EBT que no le pertenecen Transfiere sus tarjetas de EBT a otras personas Adquiere o posee tarjetas de EBT que no le pertenecen 	<ul style="list-style-type: none"> Resultar culpable de un delito mayor o delito menor Recibir una multa. Ir a prisión. Perder la elegibilidad para recibir beneficios alimentarios durante un tiempo.

¿Tiene preguntas?

Envíe un correo electrónico al Centro de Atención Telefónica de Summer EBT a SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Summer EBT a través de SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov o al **1-833-673-7328** (mensaje de voz o de texto). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

PASO 1: Información sobre niños: indique cada niño que reside en su hogar. Seleccione esta opción si presenta la solicitud por ellos e incluya la escuela a la que asisten. **El niño solo será elegible para el programa Summer EBT si asiste a una escuela que ofrece comidas gratuitas o a un precio reducido.**



Por cada niño indicado, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos y deducciones), si corresponde, en dólares sin centavos.

Dichos ingresos pueden incluir ganancias de un trabajo, Ingreso Suplementario de Seguridad y otros ingresos. Si no obtiene ingresos de ninguna fuente, escriba "0".

Si ingresa "0" o deja algún espacio en blanco, certifica (afirma) que no hay ingresos para declarar por el niño indicado.

Hijo

1 Nombre*

Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento (opcional)
 / /

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

Sí No

Apellido*

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)

\$

Nombre del distrito escolar Fuente de ingresos

Ingresos de niños

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 semanas <input type="radio"/>
2 veces <input type="radio"/> al mes	Mensual <input type="radio"/>
Anualmente <input type="radio"/>	

Etnicidad (opcional)

Herencia racial (opcional)

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí No

Negro o Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio o del Norte de África

Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska

Native hawaiano o isleño del Pacífico

Blanco Otro

Hijo

2 Nombre*

Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento (opcional)
 / /

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

Sí No

Apellido*

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)

\$

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Ingresos de niños

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 semanas <input type="radio"/>
2 veces <input type="radio"/> al mes	Mensual <input type="radio"/>
Anualmente <input type="radio"/>	

Etnicidad (opcional)

Herencia racial (opcional)

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí No

Negro o Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio o del Norte de África

Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska

Native hawaiano o isleño del Pacífico

Blanco Otro

(Continuación) PASO 1: Información sobre niños: indique cada niño que reside en su hogar. Seleccione esta opción si presenta la solicitud por ellos e incluya la escuela a la que asisten. El niño solo será elegible para el programa Summer EBT si asiste a una escuela que ofrece comidas gratuitas o a un precio reducido.

Hijo	Nombre*	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (opcional)	¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño?
3	[12 boxes]	[1 box]	[1 box] / [1 box] / [1 box]	
Apellido*	[18 boxes]			
Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)				
Nombre del distrito escolar				
Fuente de ingresos				
Etnicidad (opcional)		Herencia racial (opcional)		
¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Negro o Afroestadounidense <input type="radio"/>	Asiático <input type="radio"/> De Oriente Medio o del Norte de África <input type="radio"/>	Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska <input type="radio"/>
		Blanco <input type="radio"/>	Native hawaiano o isleño del Pacífico <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
Hijo	Nombre*	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (opcional)	¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño?
4	[12 boxes]	[1 box]	[1 box] / [1 box] / [1 box]	
Apellido*	[18 boxes]			
Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)				
Nombre del distrito escolar				
Fuente de ingresos				
Etnicidad (opcional)		Herencia racial (opcional)		
¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Negro o Afroestadounidense <input type="radio"/>	Asiático <input type="radio"/> De Oriente Medio o del Norte de África <input type="radio"/>	Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska <input type="radio"/>
		Blanco <input type="radio"/>	Native hawaiano o isleño del Pacífico <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>

Agregar más niños en las páginas 9 y 10

PASO 4: Firma e información de contacto: proporcione su firma y escriba su nombre en imprenta para certificar la solicitud. Indique la mejor manera de comunicarse con usted. Los campos marcados con * son obligatorios.

Al firmar, "certifico (afirmo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que dicha información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que el Departamento de Servicios Humanos de Oregon puede verificar (confirmar) la información. Sé que, si proporciono información falsa intencionalmente, es posible que no sea elegible para los beneficios o que tenga que pagarlos, y es posible que sea procesado en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes".

Firma del adulto*	Fecha de hoy (dd/mm/aa)	Fecha de nacimiento (opcional)
<input type="text"/>	/ /	/ /
Nombre del adulto*	Número de teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido del adulto*	<input type="text"/>	
Dirección postal del hogar 1	<input type="text"/>	
Dirección postal del hogar 2	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>	

Declaración del uso de la información, Declaración de elegibilidad por categoría y Declaración de divulgación de información: la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que usemos la información en esta solicitud para determinar quién califica para recibir beneficios de Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a ofrecer los beneficios del programa a su hogar. También es posible que inspectores y autoridades del orden público utilicen su información para asegurar que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para el programa Summer EBT sin una solicitud. Comuníquese con su estado u organización tribal indígena (indian tribal organization, ITO) para obtener beneficios de Summer EBT para un niño en cuidado temporal y para niños que no tienen un hogar, han huido de su hogar o son inmigrantes. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del USDA: conforme a la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad o edad. Asimismo, tiene prohibido tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información de los programas puede solicitarse en un idioma que no sea el inglés. Las personas que tengan discapacidades y requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, en braille, letra imprenta, cinta de audio o lenguaje de señas de los EE. UU.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (mensaje de voz y TTY), o pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en los programas, el reclamante debe completar el Formulario para quejas por discriminación en los programas del USDA (AD-3027). Para obtener dicho formulario, visite el sitio <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, diríjase a cualquier oficina del USDA, llame al (866) 632-9992 o envíe una carta dirigida al USDA. En la carta se debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción detallada por escrito de la presunta acción discriminatoria para informarle al subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta vulneración de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta al USDA por los siguientes medios:

Correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

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

Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov



Esta página solamente es obligatoria si usa un representante autorizado para que le ayude a completar y presentar su solicitud.

(Opcional) firma del representante autorizado: puede elegir a alguien para que sea su representante autorizado. Un representante autorizado es una persona que usted conoce y puede ayudarle a solicitar y enviar información.

Al firmar, “certifico (afirmo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que dicha información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que el Departamento de Servicios Humanos de Oregon puede verificar (confirmar) la información. Sé que, si proporciono información falsa intencionalmente, es posible que no sea elegible para los beneficios o que tenga que pagarlos, y es posible que sea procesado en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes”.

A. ¿Quiere darle permiso a un representante autorizado para que solicite beneficios por usted?

Sí

No

B. Si la respuesta es “Sí”, pídale al representante autorizado que firme y complete la siguiente información personal:

Firma del representante autorizado

Fecha de hoy (dd/mm/aa)

Nombre del representante

Inicial del segundo nombre

/

Organización

Apellido del representante

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

Exenciones de responsabilidad y declaraciones con respecto a la solicitud

Derechos y responsabilidades de un representante autorizado

Un representante autorizado puede hacer lo siguiente por el cliente: Firmar y enviar solicitudes, informar cambios y recibir copias de avisos y otras comunicaciones.

Una representante autorizado actúa en nombre del cliente con respecto a los beneficios del programa Summer EBT del ODHS que recibe o solicita. Esto se aplicará a todos los clientes en el caso. El representante autorizado que se menciona en este formulario reemplazará a cualquier representante autorizado previamente designado en el caso. La persona u organización elegida como representante autorizado seguirá siendo el representante autorizado hasta que:

- Un cliente en el caso le comunique al ODHS que desea poner fin a esta aprobación.
- El representante autorizado le comunique al ODHS que desea poner fin a esta aprobación.
- La persona u organización deje de tener permiso para actuar como representante autorizado del cliente.

Si el representante autorizado proporciona información incorrecta o incompleta al ODHS y esto da lugar a un sobre pago, los clientes y cualquier otra parte responsable tendrán que devolver lo que no tendrían que haber recibido. Si el representante autorizado deliberadamente retiene información o proporciona información incorrecta, también tendrá que devolver el sobre pago.

El representante autorizado debe mantener la confidencialidad de cualquier información proporcionada por el ODHS en relación con cualquier persona que figure en la solicitud o el caso, así como cumplir con cualquier otra ley estatal y federal relevante sobre conflictos de interés y confidencialidad de la información. Normas administrativas de Oregon: 461-115-0090.

(Espacio adicional) PASO 1: Información sobre niños

Hijo **Nombre***

5

Inicial del segundo nombre **Fecha de nacimiento (opcional)**

/ /

Apellido*

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad (opcional)

¿Tiene este niño
ascendencia hispana,
latina/o/x/e o española? Sí No

Herencia racial (opcional)

Negro o
Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio
o del Norte de África Aborigen de América
del Norte o nativo de Alaska

\$

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

Sí No

Ingresos de niños

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 semanas <input type="radio"/>
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>
Anualmente <input type="radio"/>	

Blanco
Otro

Hijo **Nombre***

6

Inicial del segundo nombre **Fecha de nacimiento (opcional)**

/ /

Apellido*

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad (opcional)

¿Tiene este niño
ascendencia hispana,
latina/o/x/e o española? Sí No

Herencia racial (opcional)

Negro o
Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio
o del Norte de África Aborigen de América
del Norte o nativo de Alaska

\$

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

Sí No

Ingresos de niños

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 semanas <input type="radio"/>
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>
Anualmente <input type="radio"/>	

Blanco
Otro

(Espacio adicional) PASO 1: Información sobre niños

Hijo **Nombre***

7

Inicial del segundo nombre **Fecha de nacimiento (opcional)**

/ /

Apellido*

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad (opcional)

¿Tiene este niño
ascendencia hispana,
latina/o/x/e o española? Sí No

Herencia racial (opcional)

Negro o
Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio
o del Norte de África Aborigen de América
del Norte o nativo de Alaska

\$

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

Sí No

Ingresos de niños

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 semanas <input type="radio"/>
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>
Anualmente <input type="radio"/>	

Blanco
Otro

Hijo **Nombre***

8

Inicial del segundo nombre **Fecha de nacimiento (opcional)**

/ /

Apellido*

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad (opcional)

¿Tiene este niño
ascendencia hispana,
latina/o/x/e o española? Sí No

Herencia racial (opcional)

Negro o
Afroestadounidense Asiático De Oriente Medio
o del Norte de África Aborigen de América
del Norte o nativo de Alaska

\$

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

Sí No

Ingresos de niños

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Semanal <input type="radio"/>	Cada 2 semanas <input type="radio"/>
2 veces al mes <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>
Anualmente <input type="radio"/>	

Blanco
Otro

