

**Instrucciones para  
solicitar una transferencia electrónica de beneficios (EBT siglas en inglés) en el verano de 2024**

[ar.gov/summerebt](https://ar.gov/summerebt)

El Departamento de Servicios Humanos de Arkansas se ha asociado con el Departamento de Educación de Arkansas para proporcionar beneficios alimentarios durante el verano (S-EBT) a determinados hogares. Estos beneficios pueden ayudar a las familias a comprar alimentos para proporcionarles comidas a sus hijos durante el verano y estarán disponibles a través de una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) y se pueden usar como se usan los beneficios de SNAP. Cada uno de los hijos *aprobados* recibirá una emisión única de 120,00 dólares para el verano de 2024. Se expedirá una tarjeta S-EBT para cada niño que se apruebe.

**PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

- Lista de padres, tutores y niño o niños
- No incluya en la lista a ninguna persona ajena a la familia inmediata, a menos que sea el tutor del niño o niños y que resida también en el domicilio familiar.
- El grado escolar corresponderá al año escolar más reciente, no al grado que su o sus hijos cursarán el próximo año.

**PARTE 2. BENEFICIOS**

- Si alguno de los niños enumerados en la Parte 1 recibió SNAP o TEA el año pasado, incluya su número de caso de SNAP o TEA
- Esto ayudará a determinar el derecho que tiene a los beneficios S-EBT

**PARTE 3. INGRESOS BRUTOS TOTALES DEL HOGAR**

- Indique los ingresos procedentes del trabajo o empleadores para todos en el hogar
- Introduzca el importe bruto de todos los ingresos antes de hacer las deducciones
- Indique todos los ingresos del trabajo

**PARTE 4. OPCIONAL; CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

- Esta sección es opcional
- Si desea que otro adulto, que no esté incluido en la Parte 1, actúe en nombre de su hogar, incluya sus datos en esta sección

**PARTE 5. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO**

- El miembro adulto del hogar que llene este formulario debe introducir sus datos y firmar esta sección
- Incluya un número de teléfono y una dirección de correo electrónico en caso de que el trabajador tiene alguna pregunta

**Directrices importantes para solicitar los beneficios S-EBT**

- Cuando presente su solicitud y se le pida la verificación de algún elemento o elementos y no se le facilite en el plazo establecido, tendrá que volver a presentar la solicitud.
- Puede volver a presentar su solicitud hasta el 26 de agosto de 2024, SÓLO si se le deniega Y si sus circunstancias cambian.
- Si anteriormente optó por no participar en los beneficios de S-EBT y desea volver a participar, envíe por correo postal o correo electrónico (a la dirección abajo) una declaración escrita firmada, con el nombre y fecha de nacimiento de todos los miembros de su casa, solicitando volver a participar en el programa S-EBT.
- Esta solicitud y cualquier información asociada con esta solicitud no será visible en su cuenta de Access Arkansas.
- Si se aprueba, conserve su tarjeta EBT. Se utilizará la misma tarjeta EBT cada vez, si es elegible.
- Una vez aprobado el EBT para el verano de este año, no es necesario comunicar cambio alguno.
- Los beneficios que no se usen caducarán automáticamente transcurridos 122 días desde la fecha en que hayan quedado disponibles en la tarjeta S-EBT.
- No se puede solicitar por Internet ni por teléfono. Envíe la solicitud a:
  - Cualquier oficina del DHS
  - Escanear y enviar por correo electrónico a: [SummerEBT@dhs.arkansas.gov](mailto:SummerEBT@dhs.arkansas.gov)
  - Enviar por correo a:

Arkansas Department of Human Services

Periodo operativo de verano:  
24 de Mayo de 2024 a 26 de Agosto de 2024

Mississippi Scanning Center  
P.O. Box 2630  
Blytheville, AR 72315

Periodo operativo de verano:  
24 de Mayo de 2024 a 26 de Agosto de 2024



# Aplicación de la transferencia de beneficios electrónicos para el verano (EBT)

[ar.gov/summerebt](http://ar.gov/summerebt)

Consulte la portada para obtener instrucciones acerca de cómo presentar su solicitud.



## PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Adjunte una hoja adicional si hay más de cuatro miembros en el hogar)

Nombres de todas las personas que viven en su hogar, incluyendo adultos y niños (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre del distrito escolar y nombre de la escuela a la cual asiste el niño  Indique "NA" si no está escolarizado	Género	SSN (OPTIONAL)	Marque la casilla correspondiente para cada hijo que se encuentre en edad escolar si procede:				Compruebe si No tienen ingresos
						Acogimiento familiar	Migrantes	Personas sin hogar	Fugitivos	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## PARTE 2. BENEFICIOS - Si algún miembro de su hogar recibe SNAP o TEA, proporcione el nombre y número de caso o identificador de la persona que recibe beneficios. Si nadie recibe SNAP o TEA, sátese esta sección.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO SNAP/TEA: \_\_\_\_\_

## PARTE 3. RENTA BRUTA TOTAL DEL HOGAR (antes de hacer las deducciones.) Anote todos los ingresos en la misma línea de la persona que los recibe. Marque la casilla correspondiente a la frecuencia de la recepción. Registre cada ingreso una sola vez.

1. NOMBRE:  (Enumere sólo los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y FRECUENCIA DE SU PERCEPCIÓN														
	Ingresos del trabajo antes de hacer las deducciones.	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Pensiones, jubilación, Seguridad Social, SSI, beneficios VA	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Otros ingresos (indique la frecuencia, por ejemplo "semanalmente", "cada dos semanas", "mensualmente")
(Ejemplo) Jane Smith	\$ 200	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50.00/Mensualmente
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /

## PARTE 4. OPCIONAL; CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO – Esta persona puede solicitar beneficios, facilitar entrevistas, recibir notificaciones, informar acerca de los cambios y hacer consultas. Su hogar será responsable de cualquier emisión excesiva que resulte que el representante haya facilitado una información incorrecta.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## PARTE 5. FIRMA (DEBE FIRMAR UN MIEMBRO DEL HOGAR QUE SEA ADULTO) E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Bajo pena de perjurio, declaro que revisé esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, las respuestas que di en la misma son ciertas. Afirmo que ninguno de los niños de esta solicitud ya se aprobó o ha recibido SEBT en Arkansas o en otro estado para el 2024. Entiendo que los fondos federales para el verano de 2024 EBT recibidos se basan en la información proporcionada. Entiendo que es posible que tenga que aportar pruebas de que lo que le dije al departamento es cierto. Entiendo que, si doy información falsa a propósito, mi o mis hijos pueden perder los beneficios. Entiendo que cualquier persona que proporcione información falsa a sabiendas se le puede procesar en virtud de las leyes federales y estatales aplicables.

SI SE HA CUMPLIDO LA SECCIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Certifico que la o las personas designadas más arriba están autorizadas para que actúen en mi nombre. Entiendo que mi hogar será responsable de cualquier emisión excesiva que resulte del hecho de que el representante autorizado proporcione información incorrecta. Entiendo que el poder para actuar como representante autorizado es válido hasta que yo modifique la autorización o que le notifique a la agencia que el representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre, o que el representante autorizado le informe a la agencia de que ya no actúa en tal capacidad, o que se produzca un cambio en la autoridad legal en la que se basaba la autoridad del individuo u organización.

NOMBRE DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_ \*FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_ TIPO:  HOGAR  TRABAJO  CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Ver información importante en el reverso.

NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO EXCLUSIVO DEL EBT PARA EL VERANO DE 2024.

INGRESOS TOTALES: \$ \_\_\_\_\_ | PER (marque uno):  SEMANALMENTE  CADA 2 SEMANAS  DOS VECES AL MES  MENSUALMENTE  ANUALMENTE | TAMAÑO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

DETERMINACIÓN DE LA ADMISIBILIDAD DEL EBT PARA EL VERANO:  SÍ / ELIGIBLE  NO / NO ES ELEGIBLE

NOMBRE EN LETRA IMPRESA Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DETERMINANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\* Al imprimir su nombre en este cuadro, usted envía su firma electrónica a partir de esta fecha para solicitar la Summer EBT para los niños nombrados en este documento y afirma que todo es verdadero y correcto a su leal saber y entender.

Periodo operativo de verano:  
24 de Mayo de 2024 a 26 de Agosto de 2024

## Aplicación del EBT para el verano de 2024 - Página 2

Estamos obligados a pedirle información acerca de la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que le prestamos servicios plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad que sus hijos tienen en relación a los beneficios EBT para el verano.

ETNICIDAD (marque una):  HISPANO O LATINO  NI HISPANO NI LATINO

RAZA (marque una o varias): INDIO AMERICANO O NATIVO AMERICANO ASIÁTICO NEGRO O AFROAMERICANO NATIVO DE HAWAI O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO BLANCO

### ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA

### AVISOS IMPORTANTES ACERCA DE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Ciertas categorías de alumnos tienen elegibilidad categorica para comidas y leche gratuita, y para el programa S-EBT para el Verano de 2024.

Elegibilidad categorica para niños son - se encuentran en acogida, no tienen hogar, son miembros de una familia migrante, se han fugado de casa, o serán inscritos en Head Start.

### USO DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que usemos la información de esta solicitud para determinar quién reúne los requisitos para recibir los beneficios EBT para el verano. Sólo podemos aprobar los formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a que le puedan entregar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas de seguridad también pueden usar su información para asegurarse de que se cumple con las normas del programa. Algunos niños pueden beneficiarse del EBT para el verano sin necesidad de presentar la solicitud. Por favor, contacte a su escuela para obtener EBT para el verano para un niño de crianza, y los niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

### AVISO DE PRIVACIDAD

La LEY DE PRIVACIDAD de 1974 obliga al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas a informarle: (1) si la divulgación es voluntaria u obligatoria; (2) cómo usará el DHS su SSN; y, (3) la ley o normativa que le permite al DHS solicitarle el SSN. Estamos autorizados a recabar determinada información de parte de su unidad familiar, incluyendo el número de la Seguridad Social (SSN por sus siglas en inglés) de cada uno de los miembros de la unidad familiar que reúnan los requisitos necesarios. Para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, esta autoridad se concede en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 modificada, 7 U.S.C. 2001 a 2036. Tanto para el Programa de Medicaid como para el Programa TEA, esta autoridad se concede en virtud de las leyes federales codificadas en 42 U.S.C. §§1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2). Esta información puede verificarse mediante programas informáticos de cotejo. Usaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para controlar el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del mismo. Esta información puede revelarse a otras agencias federales y estatales y a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Si surge una reclamación contra su hogar, la información de esta solicitud, incluyendo todos los SSN, puede facilitarse a funcionarios federales o estatales o a agencias privadas que tengan fines de cobranza.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información acerca del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas que tengan discapacidad y que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información acerca del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben contactar a la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET de USDA por el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión por el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación sufrida en un programa, el denunciante debe llenar el formulario AD-3027, Formulario de denuncia por sufrir discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número telefónico del demandante, así como una descripción por escrito de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informarle al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR por sus siglas en inglés) de la naturaleza y fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. Se debe enviar el formulario AD-3027 lleno o la carta a USDA a través de:

Correo de EE. UU.: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400  
Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o (833)  
256-1665 o (202) 690-7442; o  
Fax: 256-1665 o (202) 690-7442; o  
Correo electrónico: <mailto:program.intake@usda.gov>

### Derecho de apelación

Si cree que el DHS cometió un error, puede apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del DHS que usted cree que la acción fue incorrecta y que quiere que se haga una revisión justa de dicha acción. Puede estar representado en el proceso por otra persona. Puede solicitar la apelación de las siguientes maneras:

En persona: Hable con el personal de cualquier oficina del DHS del condado.  
Por teléfono: Puede llamar a la Oficina de Apelaciones y Audiencias al 501-682-8622 o puede llamar a la oficina local de su condado.  
Por correo electrónico: [DHS.Appeals@dhs.arkansas.gov](mailto:DHS.Appeals@dhs.arkansas.gov)  
Por correo de EE. UU.: Arkansas Department of Human Services  
Appeals and Hearings Section  
P.O. Box 1437, Slot S101  
Little Rock, AR 72203-1437

Periodo operativo de verano:  
24 de Mayo de 2024 a 26 de Agosto de 2024