

Junio de 2025

Página 1

Rhode Island Solicitud de EBT de verano/SUN Bucks 2025-2026

Complete una solicitud por hogar. Por favor, utilice un bolígrafo (no un lápiz).

PASO 1

Enumere TODOS los niños que son bebés y estudiantes hasta el grado 12 inclusive. Si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel.

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no son parientes".

Niños en hogares de acogida y los niños que se encuentran la definición de

Las personas sin hogar o fugitivas son elegibles para S-EBT.

Nombre del niño	Apellido del niño de MI	Escuela	Calificación	¿Alumno? Sí No	Alentar	Cabeza sin hogar o Comenzar Fugitivo

PASO 2

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP o RI Works?

Si NO, > Vaya al PASO 3

Si es SÍ, un miembro del hogar participa en SNAP o RI Works, escriba un número de caso de SNAP o RI Works aquí y luego vaya a PASO 4 No complete el PASO 3.)

Caso

Número:

Escriba sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Enumere e informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si respondió "Sí" al paso 2)

¿No estás seguro de qué?
¿Ingresos a incluir aquí?

Pase la página y revise los gráficos titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

El cuadro "Fuentes de ingresos para niños" le ayudará con los ingresos de los niños. sección.

Las "Fuentes de adultos" le ayudará Tú con el Todo Adulto Sección de miembros del hogar.

Nota: Quincenal es cada 2 semanas

A. Ingresos por hijo

En ocasiones, los niños del hogar perciben ingresos. Incluya aquí el total de ingresos brutos (antes de impuestos y deducciones) de todos los miembros del hogar que figuran en el PASO 1.

Ingresos por hijo

SemanalQuincenal2x Mes Mensual Anual

B. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no son parientes, incluido usted).

Enumere a todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, si recibe ingresos, declare el total de ingresos brutos (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente, solo en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido)	Ganancias del trabajo Semanal	¿Con qué frecuencia lo recibes?					Asistencia pública/ Manutención infantil/pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia lo recibes?	Pensiones/Jubilación, SS, SSI, Beneficios de VA, todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia lo recibes?						
		Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual						Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual	
	\$						\$									
	\$						\$									
	\$						\$									
	\$						\$									
	\$						\$									

Total de miembros del hogar

(Niños y adultos – Paso 1 y Paso 3)

PASO 4

Información de contacto y firma del adulto

Devuelva el formulario completo a: DHS.SummerEBT@dhs.ri.gov

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y correcta , y que se declaran todos los ingresos. Certifico que ninguna de las personas incluidas en esta solicitud recibe beneficios del EBT de verano en otro estado o ITO. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios estatales pueden verificarla.

Soy consciente de que si tergiverso información deliberadamente , mis hijos podrían perder los beneficios del S-EBT y podría ser procesado conforme a las leyes penales estatales y federales aplicables .

Nombre impreso del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección de envío

Pueblo o ciudad

Estado

Ciudad

Teléfono diurno

Rhode Island Solicitud de EBT de verano/SUN Bucks 2025-2026

Fuentes de ingresos			Ejemplos de ingresos para niños
Ganancias del trabajo	Asistencia pública/pensión alimenticia/ Manutención infantil	Pensiones/Jubilación/ Todas las demás fuentes de ingresos	
• Salarios, sueldos, bonificaciones en efectivo, propinas, comisiones • Ingresos netos provenientes del trabajo por cuenta propia (agricultura o negocio) Si usted está en el ejército de los EE. UU.: • Salario básico y bonificaciones en efectivo (NO incluyen paga de combate, FSSA ni subsidios de vivienda privatizada) • Subsidios para alojamiento fuera de la base, alimentación, y ropa	• Prestaciones por desempleo • Compensación laboral • Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) • Asistencia en efectivo del estado o local gobierno • Pagos de pensión alimenticia • Pagos de manutención infantil • Beneficios para veteranos • Beneficios por huelga	• Seguridad Social/Discapacidad (incluido el ferrocarril) prestaciones de jubilación y de pulmón negro) • Pensiones privadas o prestaciones por discapacidad • Ingresos procedentes de fideicomisos o patrimonios • Anualidades • Ingresos por inversiones • Intereses ganados • Ingresos por alquiler • Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar	• Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial donde gana un salario o sueldo. • Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social • Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social. • Un amigo o un familiar extendido le da regularmente dinero para gastos al niño. • Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, una anualidad o un fideicomiso.

OPCIONAL

Identidades raciales y étnicas de los niños. Esta información se mantiene confidencial y puede estar protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que atendamos plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para el S-EBT.

Etnicidad (marque una): Hispano o latino (una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de la raza) No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco

No escriba debajo de esta línea.

El Funcionario Determinante (OD) del estado DEBE completar esta sección. (Convierta a ingresos anuales solo si se indican diferentes frecuencias de ingresos en el Paso 3).

Conversión de ingresos anuales: Semanal X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensual X 12

Certificado Directamente (DC) según la Lista Estatal de DC como elegible para: SNAP TFA OT FM (Medicaid Gratuito) RM (Medicaid Reducido). Fecha de Certificación en la Lista de DC: _____

SNAP/RI Works Household proporcionando prueba (debe ser confirmada por el DO) de un número de caso escrito a mano Niño de Crianza Head Start Confirmado Sin Hogar o Fugitivo Confirmado

Ingresos del hogar: Ingreso total del hogar: Tamaño del hogar: S-EBT con ingresos de 130 % S-EBT con ingresos de 130 % Determinación de la solicitud: _____

130 < 185 % _____ Solicitud denegada

Fecha de envío del aviso: _____ Firma del DO: _____ Fecha: _____

Declaración de uso de la información _____

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos información de esta La información de contacto a continuación es únicamente para presentar una queja por discriminación. Solicitudes para determinar quién califica para los beneficios EBT de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evitar la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias, o entregar beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden usar su represalia por actividades previas de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños pueden calificar EBT de verano para un niño de acogida, comuníquese con su estado o ITO. También puede contactar al Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. niños sin hogar, migrantes o fugitivos. La agencia estatal o local responsable que administra el programa, o el Centro TARGET del USDA, al (202) 720-2600 (voz y TTY), o comuníquese con el USDA sin presentar una solicitud. Para obtener el

Para obtener más información sobre el Programa EBT de verano de Rhode Island, visite el sitio web del DHS de RI:

<https://dhs.ri.gov/programas-y-servicios/programa-de-asistencia-para-nutrición-suplementaria-snap/nutrición-suplementaria-10>

Devuelva el formulario completo a: DHS.SummerEBT@dhs.ri.gov

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. Desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

* CORREO: Departamento de Agricultura de los EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o Programa.Intake@usda.gov

* No envíe solicitudes por correo a Esta dirección, solo quejas de discriminación.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.