

¿Qué es el EBT de verano?

El Departamento de Servicios Humanos de Arkansas se ha asociado con el Departamento de Educación de Arkansas para proporcionar beneficios alimentarios de verano (SEBT) a determinados hogares. Estos beneficios pueden ayudar a las familias a comprar alimentos para proporcionar comidas a sus hijos durante el verano y estarán disponibles en una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) y se pueden utilizar como los beneficios de SNAP.

Cómo solicitar los beneficios EBT de verano

- No puede presentar la solicitud por teléfono. Se pueden presentar solicitudes SEBT:
 - En línea en [Acceso Arkansas - Aprender](#)
 - En cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS)
 - Escanear y enviar por correo electrónico a: SummerEBT@dhs.arkansas.gov
 - Enviar por correo a:
Arkansas Department of Human Services
Mississippi Scanning Center
P.O. Box 2630
Blytheville, AR 72315
- Puede encontrar más información sobre los beneficios EBT de verano en línea, aquí: ar.gov/summerebt

Directrices importantes

- Los niños que están en Head Start/Early Head Start, cuidados de acogida, no tienen hogar, son miembros de una familia migrante, o son fugitivos, serán automáticamente elegibles para los beneficios EBT de verano sin cumplir con otros criterios de elegibilidad.
- Si se solicita la verificación de cualquier elemento(s) para determinar la elegibilidad de transferencia electrónica de beneficios de verano (Summer Electronic Benefits Transfer, SEBT), y no se proporciona en la fecha límite, su solicitud SEBT será denegada, y tendrá que volver a aplicar.
- Puede volver a presentar la solicitud hasta el 25 de agosto de 2025, SOLO si se la deniegan Y sus circunstancias han cambiado desde la última solicitud.
- Si anteriormente optó por no participar en los beneficios de SEBT y desea volver a hacerlo, envíe por correo postal o electrónico (a las direcciones anteriores) una declaración escrita y firmada, con el nombre y la FDN de TODOS los miembros del hogar, solicitando volver a participar en el programa SEBT.
- Si fue aprobado en 2024, se utilizará la misma tarjeta SEBT cada año. No se emitirá una nueva tarjeta, a menos que se solicite.
- Cada niño *aprobado* recibirá una asignación única de \$120.00 para el verano de 2025.
- Una vez aprobado el EBT de verano de este año, no es necesario comunicar ningún cambio.
- Los beneficios no utilizados caducarán automáticamente transcurridos 122 días desde la fecha en que estuvieron disponibles en la tarjeta SEBT.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA solicitud de beneficios EBT de verano de Arkansas 2025

PARTE 1. INFORMACIÓN SOBRE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

- Lista de padres/tutores y niño(s)
- Incluya un número de teléfono y una dirección de correo electrónico por si el trabajador tiene alguna pregunta.
- Incluya su dirección postal; las tarjetas SEBT se enviarán a esta dirección.
- No incluya en la lista a ninguna persona ajena a la familia inmediata, a menos que sea el tutor del menor o menores y resida en el hogar.
- Escriba el nombre EXACTO de la escuela a la que asiste(n) su(s) hijo(s) para el año escolar 2024-2025.
- El nivel de grado será para el año escolar 2024-2025, no el grado al que su(s) hijo(s) entrará(n) el próximo año.
- Si alguno de sus hijos recibió SNAP o TEA el año pasado, incluya su número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o del Subsidio Transitorio de Empleo (Transitional Employment Allowance, TEA)
- Esto ayudará a determinar la elegibilidad para los beneficios SEBT.
- Los demás miembros del hogar deben indicarse en la parte 4: miembros adicionales del hogar.
- Indique los ingresos recibidos en el momento de presentar la solicitud.
- Introduzca el importe bruto de todos los ingresos antes de las deducciones.
- Enumere todos los ingresos recibidos o no recibidos por todos los miembros del hogar
- Los ingresos del hogar deben ser iguales o inferiores al 185 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Los límites de ingresos del SEBT se basan en las directrices de ingresos del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP) y se actualizan en julio de cada año.

PARTE 2. OPCIONAL: ASIGNAR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

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

PARTE 3. FIRMA

- El miembro adulto del hogar que rellene este formulario debe introducir sus datos y firmar esta sección.
- El representante autorizado no está autorizado a firmar este formulario.

PARTE 4. MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR

- Enumere los miembros adicionales del hogar.
- Si es necesario añadir más miembros, adjunte una hoja aparte con la información de los miembros adicionales.

¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene preguntas sobre su solicitud o beneficios:

- Llame al centro de llamadas EBT de verano al 1-833-316-2421
- Correo electrónico: SummerEBT@dhs.arkansas.gov
- Visite la oficina del DHS de su condado

Los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

Sin embargo, para asegurar que su solicitud sea procesada lo más rápido posible, todos los campos deben ser completados.

Parte 1: información sobre todos los miembros del hogar						
Miembro del hogar N.º 1 (usted)						
*Primer nombre			*Apellido			Inicial del segundo nombre
FDN MM/DD/AA	/	/	SSN:	-	-	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino					
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros					
Número de teléfono			Correo electrónico			
Dirección postal					Ciudad	
Estado			Código postal			
Dirección de residencia					Ciudad	
Estado			Código postal			
*Ingresos del miembro N.º 1 del hogar (usted)						
Nombre del empleador						Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)			¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente		
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)			¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente		
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)			¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente		
Importe de todos los demás ingresos en (\$)			¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente		

Parte 1: información sobre todos los miembros del hogar

Miembro del hogar N.º 2					
*Primer nombre			*Apellido	Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/ /	(Opcional) SSN:	- -	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino				
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico				
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:	
Grado escolar:	¿El niño		<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo		
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:	

***Ingresos del miembro N.º 2 del hogar**

Nombre del empleador				Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	

Parte 1: información sobre todos los miembros del hogar

Miembro del hogar N.º 3					
*Primer nombre			*Apellido	Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/ /	(Opcional) SSN:	- -	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino				
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico				
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:	
Grado escolar:	¿El niño		<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo		
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:	

***Ingresos del miembro N.º 3 del hogar**

Nombre del empleador				Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	

Parte 1: información sobre todos los miembros del hogar

Miembro del hogar N.º 4					
*Primer nombre			*Apellido	Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/ /	(Opcional) SSN:	- -	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino				
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico				
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:	
Grado escolar:	¿El niño	<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo			
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:	

***Ingresos del miembro N.º 4 del hogar**

Nombre del empleador				Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	

Parte 1: información sobre todos los miembros del hogar

Miembro del hogar N.º 5					
*Primer nombre			*Apellido	Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/ /	(Opcional) SSN:	- -	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino				
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico				
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:	
Grado escolar:	¿El niño		<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo		
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:	

***Ingresos del miembro N.º 5 del hogar**

Nombre del empleador				Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	

Parte 2: (OPCIONAL) representante autorizado

Rellene este apartado si desea dar permiso a un representante autorizado para que actúe en su nombre.

Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/ /	Número de teléfono			
Correo electrónico					
Dirección postal				Ciudad	
Estado		Código postal			

Si la SECCIÓN REPRESENTANTE AUTORIZADO HA SIDO CUMPLIMENTADA: Certifico que la(s) persona(s) designada(s) anteriormente está(n) autorizada(s) a actuar en mi nombre. Entiendo que mi hogar será responsable de cualquier exceso de emisión que resulte de que el representante autorizado proporcione información incorrecta. Entiendo que el poder para actuar como representante autorizado es válido hasta que modifique la autorización para notificar a la agencia que el representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre, o el representante autorizado informe a la agencia de que ya no actúa en tal capacidad, o se produzca un cambio en la autoridad legal en la que se basaba la autoridad del individuo u organización.

Parte 3: firma (debe firmar un miembro adulto del hogar)

Bajo pena de perjurio, declaro que he revisado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado en ella son ciertas. Afirmo que ninguno de los niños en esta solicitud ya ha sido aprobado o ha recibido SEBT en Arkansas o en otro estado para 2025. Entiendo que los fondos federales 2025 SEBT recibidos se basan en la información proporcionada. Entiendo que es posible que tenga que aportar pruebas de que lo que he dicho al Departamento es cierto. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios. Entiendo que cualquier persona que proporcione información falsa a sabiendas puede ser procesada en virtud de las leyes federales y estatales aplicables.

*Firma		Fecha	/ /
--------	--	-------	-----

USO DE LA INFORMACIÓN - DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién reúne los requisitos para recibir los beneficios de EBT de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a entregar los beneficios del programa a su grupo familiar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplen las normas del programa. Algunos niños pueden beneficiarse de la EBT de verano sin necesidad de presentar una solicitud. Póngase en contacto con su estado o ITO para obtener EBT de verano para un niño en cuidado de acogida, y para niños que no tienen hogar, son inmigrantes o fugitivos.

AVISO DE PRIVACIDAD

La LEY DE PRIVACIDAD de 1974 exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas le informe:

- 1) Si la divulgación es voluntaria u obligatoria;
- 2) Cómo utilizará el DHS su número del Seguro Social (Social Security Number, SSN); y
- 3) La ley o reglamento que permite al DHS pedirle el SSN.

Estamos autorizados a recoger de su grupo familiar determinada información, incluido el número del Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar que sean elegibles. Para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, esta autoridad se concede en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 en su versión modificada, Título 7 del Código de EE. UU. (U.S. Code, USC), Secciones 2001-2036. Tanto para el Programa de Medicaid como para el Programa de TEA, esta autoridad se concede en virtud de las leyes federales codificadas en el Título 42 del USC, Secciones 1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2). Esta información puede verificarse mediante programas informáticos de comparación de la información. Utilizaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para monitorear el cumplimiento y para la gestión del mismo. Esta información puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales y a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Si surge una reclamación contra su grupo familiar, la información de esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede facilitarse a funcionarios federales o estatales o a agencias privadas con fines de cobro.

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. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, Formulario de denuncia de discriminación en programas del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al secretario adjunto de derechos civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta infracción de los derechos civiles.

El formulario AD-3027 completado, o la carta, deben enviarse a:
CORREO DE EE. UU.:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

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

Correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov✉

También puede presentar una denuncia por discriminación poniéndose en contacto con
Oficina de Gestión de Programas y Subvenciones - Unidad SNAP

P.O. Box 1437, Slot S335

Little Rock, AR 72203-1437 o

Llame al (501) 534-4119

DCOCivilRightsComplaints@dhs.arkansas.gov

Parte 4: miembros adicionales del hogar

Miembro del hogar N.º 6

*Primer nombre			*Apellido			Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/	/	(Opcional) SSN:	-	-	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino						
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros						
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:			
Grado escolar:		¿El niño	<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo				
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:			

***Ingresos del miembro N.º 6 del hogar**

Nombre del empleador			Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente

Parte 4: miembros adicionales del hogar

Miembro del hogar N.º 7

*Primer nombre			*Apellido			Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/	/	(Opcional) SSN:	-	-	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino						
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro		<input type="checkbox"/> Americano Indio	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:			
Grado escolar:		¿El niño	<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo				
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:			

***Ingresos del miembro N.º 7 del hogar**

Nombre del empleador			Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente

Parte 4: miembros adicionales del hogar

Miembro del hogar N.º 8

*Primer nombre			*Apellido			Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/	/	(Opcional) SSN:	-	-	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino						
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro		<input type="checkbox"/> Americano Indio	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:			
Grado escolar:		¿El niño	<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo				
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:			

***Ingresos del miembro N.º 8 del hogar**

Nombre del empleador			Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente

Parte 4: miembros adicionales del hogar

Miembro del hogar N.º 9

*Primer nombre			*Apellido			Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/	/	(Opcional) SSN:	-	-	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino						
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro		<input type="checkbox"/> Americano Indio	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:			
Grado escolar:		¿El niño	<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo				
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:			

***Ingresos del miembro N.º 9 del hogar**

Nombre del empleador			Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente

Parte 4: miembros adicionales del hogar

Miembro del hogar N.º 10

*Primer nombre			*Apellido			Inicial del segundo nombre	
FDN MM/DD/AA	/	/	(Opcional) SSN:	-	-	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Etnia: (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino						
Raza (Opcional)	<input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico						
Nombre de la escuela a la que asiste 2024-2025:				Distrito escolar:			
Grado escolar:		¿El niño	<input type="checkbox"/> Está asistiendo a Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/> Está en cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Es migrante <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Es fugitivo				
Si está asistiendo a Head Start, Nombre de la escuela				Si este niño recibió SNAP o TEA durante el año escolar 2024-2025, proporcione el número de caso:			

***Ingresos del miembro N.º 10 del hogar**

Nombre del empleador			Marque aquí si no tiene ingresos <input type="checkbox"/>
Importe de los ingresos brutos del trabajo en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la TEA, manutención de los hijos, pensión alimenticia en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de la pensión, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Importe de todos los demás ingresos en (\$)		¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente