**INSTRUCCIONES**

|  |
| --- |
| **Instrucciones pala las Familias**  |
| Si tiene uno o más estudiantes al que le gustaría ser reconsiderado para los beneficios de EBT pandémica, complete este formulario de admisión. Este formulario debe ser completado y enviado a su distrito o la escuela del estudiante a más tardar el 2 de agosto de 2021. |
| Envíe este formulario por: **Escanear y enviar por correo electrónico o Envíe el formulario firmado por correo a:** **el formulario firmado a:** **David Heath USDB Business Office CNP****davidh@usdb.org** **742 Harrison Blvd** **Ogden, UT 84404**También puede entregar este formulario directamente a la escuela de USDB a la que asiste su estudiante. |
| Si tiene problemas para completar este formulario, comuníquese con: Nombre: David HeathNúmero de teléfono: (801)629-4721Correo electrónico: davidh@usdb.or0067Dirección: 742 Harrison Blvd Ogden, UT 84404 |

**FORMULARIO DE RECONSIDERACIÓN**

Sección 1 – Calificación

Marque "Sí" o "No" para cada declaración a continuación. **Debe seleccionar todas las respuestas "Sí" para calificar para la reconsideración**. Si no comprende la oración o no está seguro de la respuesta, seleccione “Si” y su distrito escolar verificará la información.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Si | No |
| Mi hogar fue notificado por el departamento de servicio de alimentos de la escuela que somos elegibles para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido como resultado de la certificación directa, la aprobación de una solicitud de ingresos o mi estudiante está inscrito en una escuela que está categorizada como CEP o Provision 2. |  |  |
| Mi estudiante está inscrito en un edificio escolar que califica para P-EBT.Visite la página web de DWS P-EBT <https://jobs.utah.gov/covid19/pebt/> y vaya al enlace que contiene las escuelas elegibles en la sección "¿Cómo sé si soy elegible?" |  |  |
| Mi (s) estudiante (s) no recibió el beneficio parcial o completo esperado de P-EBT. Solicito una revisión para reconsiderar el beneficio P-EBT o la cantidad a la que mi estudiante (s) es elegible. |  |  |

Sección 2 – Complete esta sección para cada estudiante que le gustaría ser reconsiderado para los beneficios de P-EBT. Si tiene más de cuatro estudiantes para los que desea que se reconsideren los beneficios, complete un segundo formulario e inclúyalo con éste.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante 1 (Nombre, Apellido) | Cumpleaños del estudiante (mes/día/ año) |
|  |  |
| La escuela que el estudiante está inscrito: este es el nombre del edificio de la escuela donde su estudiante asiste a clase o asistiría a clase si fuera a la escuela en persona.  |
| Edificio Escolar | Distrito Escolar |
|  |  |
|  |
| Nombre del estudiante 2 (Nombre, Apellido) | Cumpleaños del estudiante (mes/día/ año) |
|  |  |
| La escuela que el estudiante está inscrito: este es el nombre del edificio de la escuela donde su estudiante asiste a clase o asistiría a clase si fuera a la escuela en persona.  |
| Edificio Escolar | Distrito Escolar |
|  |  |
|  |
| Nombre del estudiante 3 (Nombre, Apellido) | Cumpleaños del estudiante (mes/día/ año) |
|  |  |
| La escuela que el estudiante está inscrito: este es el nombre del edificio de la escuela donde su estudiante asiste a clase o asistiría a clase si fuera a la escuela en persona.  |
| Edificio Escolar | Distrito Escolar |
|  |  |
|  |
| Nombre del estudiante 4 (Nombre, Apellido)  | Cumpleaños del estudiante (mes/día/ año) |
|  |  |
| La escuela que el estudiante está inscrito: este es el nombre del edificio de la escuela donde su estudiante asiste a clase o asistiría a clase si fuera a la escuela en persona.  |
| Edificio Escolar | Distrito Escolar |
|  |  |
|  |

Sección 3 – Por favor lea antes de firmar

• Completar este formulario es completamente voluntario para ser reconsiderado para los beneficios de P-EBT.

• Juro que toda la información anterior es cierta. Hacer una declaración falsa se considera fraude y/o perjurio.

• Entiendo que los beneficios se enviarán por correo a la dirección registrada en la escuela.

• La decisión sobre esta reconsideración es definitiva. No se permite audiencia ni apelación.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre impreso del padre o tutor  | Número de teléfono |
|    |   |
| Dirección de envio |   |
|     |   |
| Firma del padre o tutor  | Fecha |
|    |   |



**Solo para LEA/Escuelas**

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| Fecha recibida: Estudiantes elegibles para comidas escolares gratuitas o a precio reducido: Estudiantes inscritos en una escuela calificada P-EBT:   | YES YES | NO NO |
| Envíe el formulario de admisión a: ***David Heath, CNP Manager, USDB Business Office davidh@usdb.org*** |