|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ReconsideraCIÓn DE BENEFICIOS DEL ebt (p-ebt)  PARA ESTUDIANTES POR PANDEMIA  Reconsideration for Student Pandemic EBT (P-EBT) Benefits | | | |
| Michigan Department of Health and Human Services | | | |
| Este formulario es sólo para un estudiante. Si tiene más de un hijo estudiante, deberá completar otro formulario como éste por cada estudiante. Ante cualquier duda al completar este formulario, visite [www.michigan.gov/PEBT](http://www.michigan.gov/PEBT). | | | |
| **Mi hijo no recibió la cantidad de beneficios P-EBT esperados. Solicito una revisión para que se reconsidere el beneficio P-EBT de mi hijo o la cantidad para la cual es elegible.** | | | |
| **SECCION 1** | | | |
| Antes de completar la siguiente información de su hijo, asegúrese de que las estas afirmaciones sean verdaderas:   * Se inscribió a mi hijo para recibir almuerzos gratis o a precios reducidos en su escuela. * Se inscribió a mi hijo en un edificio escolar que califica para el P-EBT. Usted podrá comprobar esto:  1. Visitando <www.michigan.gov/PEBT>. 2. [Haciendo clic aquí](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.michigan.gov%2FPEBT&data=04%7C01%7CHundleyM%40michigan.gov%7Cd25b25c036d8470329de08d8c86e725f%7Cd5fb7087377742ad966a892ef47225d1%7C0%7C0%7C637479724245336983%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C1000&sdata=igsz224DTMDQJTraOkZoqchwkAqbKFKfyVXNNjXMgFg%3D&reserved=0) (Pandemia-EBT) para visualizar un listado de escuelas que son elegibles. 3. Llamando a la escuela de su hijo. | | | |
| Fecha en que su escuela se volvió elegible |  | |  |
| **Si estas afirmaciones no se aplican a su hijo, entonces él/ella no es elegible.** | | | |
| Nombre del Estudiante | | Fecha de Nacimiento del Estudiante (mes/día/año) | |
|  | |  | |
| Número de identificación del estudiante – es el número que el edificio escolar o el distrito le otorgan a su hijo. Si no lo encuentra, comuníquese a la escuela de su hijo. Usted deberá incluir este número. | | | |
|  | | | |
| Distrito escolar y nombre del edificio – es el nombre del distrito escolar y del edificio donde su hijo asiste a clase o asistiría si pudiera ir en persona.  Ejemplo:  Distrito Escolar Público de Lansing (Distrito Escolar) Lyons Elementary (Edificio Escolar) | | | |
| Distrito Escolar | | Edificio Escolar | |
|  | |  | |
| **SECCIÓN 2** | | | |
| **Ingrese todos los meses** por los cuales está solicitando una reconsideración. Futuros meses no serán tomados en consideración.  **La Inscripción de su Hijo** – En la siguiente página, coloque una X en la casilla que muestra cómo su hijo asistió a la escuela **por cada mes** que solicita una reconsideración.   * **Marque la casilla de presencialidad** si su hijo asistió personalmente (cara a cara) en su escuela todo el mes, excepto los días feriados, fines de semana, o ausencias por enfermedad.   •• Jornadas completas – el estudiante asistió a jornadas completas y accedió a comida(s) en la escuela.  •• Medias jornadas – el estudiante asistió media jornada y no tuvo acceso a comida(s)   * **Marque a través de internet** si su hijo no asistió al edificio escolar. Recibió todo el mes de instrucción a través de internet utilizando una computadora o tablet para conectarse con su maestro y compañeros de clase. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Marque las opciones a través de internet y presencial** si su hijo realizó aprendizaje tanto a través de internet como presencial, en su edificio escolar, ese mes.   Ejemplos:  •• Su hijo comenzó el mes de forma presencial o a través de internet y pasó durante el mes a otro tipo de instrucción.  •• La escuela brindó instrucción algunos días de forma presencial e instrucción a través de internet los demás días.  •• La escuela redujo el horario escolar presencial y brindó instrucción adicional a través de internet. | | | | | | | |
| Mes | |  | |  | | | |
| Presencial (jornada completa) | | | Presencial (media jornada) | | A través de Internet | Tanto a través de internet como presencial | |
| Mes | |  | |  | | | |
| Presencial (jornada completa) | | | Presencial (media jornada) | | A través de Internet | Tanto a través de internet como presencial | |
| Mes | |  | |  | | | |
| Presencial (jornada completa) | | | Presencial (media jornada) | | A través de Internet | Tanto a través de internet como presencial | |
| Mes | |  | |  | | | |
| Presencial (jornada completa) | | | Presencial (media jornada) | | A través de Internet | Tanto a través de internet como presencial | |
| **SECCION 3** | | | | | | | |
| **Documento de Prueba**  Por cada mes que solicite una reconsideración, usted deberá contar con una prueba de la escuela de su hijo. Esta prueba la deberá recibir de algún empleado escolar, tal como un maestro, secretario, consejero u otro oficial escolar; alguien que haya tenido conocimiento sobre la asistencia de su hijo a la escuela.  **Si usted no presenta esta prueba, le será negada la reconsideración.**  El documento de prueba de la escuela deberá incluir lo siguiente:   * Nombre del estudiante * El mes por el cual usted está solicitando una reconsideración. * Una declaración de la escuela sobre cómo su hijo recibió instrucción durante dicho mes * Nombre del empleado escolar que completó el documento * Título, correo electrónico y número telefónico del empleado escolar | | | | | | | |
| Al marcar la siguiente casilla, adjuntar el documento de prueba de la escuela y firmar este documento, estoy demostrando que mi hijo reúne los requisitos para recibir los Beneficios del EBT por Pandemia. | | | | | | | |
|  | Adjunté la prueba de la escuela de mi hijo que demuestra que mi hijo asistió a clases durante cada mes(es) solicitado. **Si solicita beneficios sin adjuntar la prueba, éstos serán negados.** | | | | | | |
| Lea de Forma Detenida Antes de Firmar  Juro que toda la información anterior es verdadera. Hacer una declaración falsa se considera fraude y/ perjuicio.  También entiendo que:   * Si mi hijo está activo en cualquier Programa de Asistencia Alimenticia y/o caso de Medicaid, los beneficios del P-EBT se enviarán al domicilio que figura en el archivo del Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS). Todos los demás se enviarán al domicilio brindado por la escuela. * Si una persona usa cualquier tarjeta plástica o beneficios de asistencia alimenticia del EBT para los cuales no se encuentra autorizada, dicha persona estará violando las leyes federales y estatales y podrá recibir una penalidad grave. | | | | | | | |
| * Este formulario deberá ser completado, firmado, y enviado a:   MDHHS/SPO  PO Box 30800, SUITE 1405  Lansing MI 48909  O envíe por correo electrónico el formulario completo a [MDHHS-PEBT@michigan.gov](mailto:MDHHS-PEBT@michigan.gov). | | | | | | | |
| **La decisión de esta reconsideración es final. No se autorizan audiencias o apelaciones.** | | | | | | | |
| Nombre en Mayúscula | | | | | | | Número Telefónico |
|  | | | | | | |  |
| Firma | | | | | | | Fecha |
|  | | | | | | |  |
| Si tiene problemas para completar este formulario, visite https://www.michigan.gov/PEBT o llame al **833-905-0028**. | | | | | | | |
| El Michigan Department of Health and Human Services no excluirá de la participación, no negará beneficios, ni discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, identificación o expresión de género, orientación sexual, consideraciones partidarias, o incapacidad o información genética no relacionada con la elegibilidad de la persona. | | | | | | | |
| **AUTORIDAD:** Federal 7 CFR. **DECISIÓN DE COMPLETARLO:** Voluntaria.  **PENALIDAD:** Posible incapacidad para emitir los beneficios del P-EBT. | | | | | | | |