



La elegibilidad para los beneficios de P-EBT es solo para los días que su hijo faltó a la escuela debido a un motivo relacionado con COVID. Las ausencias relacionadas con COVID para fines de elegibilidad de P-EBT se definen como: Cualquier ausencia en la que la escuela indique a los estudiantes que se queden en casa por un motivo relacionado con COVID. Esto incluiría una cuarentena ordenada por la escuela de un estudiante, un grupo de estudiantes, un salón de clases o una escuela. También incluiría cualquier otra orden de quedarse en casa ordenada por la escuela, cualquiera que sea su duración, si es parte del protocolo de la escuela o del estado para manejar brotes de COVID, pruebas positivas y/o posible exposición. Una ausencia iniciada por el padre que es reconocida y aceptada por los funcionarios escolares como relacionada con COVID. A discreción de la escuela o el estado, esto podría incluir la decisión de un padre/tutor de mantener a su hijo en casa después de una prueba positiva o una posible exposición a COVID. También podría incluir, nuevamente a discreción de la escuela o el estado, la decisión de un padre/tutor de mantener a su hijo en casa después de la exposición en la escuela en los casos en que la escuela no ordene al niño que se quede en casa. Al completar este formulario, certifica que su hijo no tuvo acceso a una comida en la escuela relacionada con COVID. Si tiene más preguntas, visite el sitio web del IDHS y las preguntas frecuentes sobre P-EBT, envíe un correo electrónico a dhs.fcs.pebt@illinois.gov o llame al centro de llamadas de P-EBT al 1-833-621-0737.

PASO 1. Complete esta sección con información del Padre/Tutor

Primero Nombre: (requerido)	Apellido: (requerido)
------------------------------------	------------------------------

Padre/Tutor dirección (requerido)

Dirección:

Ciudad: **Estado:** **Condado:** **Código Postal:**

Información de Contacto dónde el Padre/Tutor puede ser localizado entre las horas de 8:00 am - 5:00 pm O un Correo electrónico (solo uno es requiere)

Número de Teléfono del Padre/Tutor:	Correo Electrónico del Padre/Tutor:
--	--

PASO 2. Complete esta sección con la información del estudiante

Primero Nombre: (requerido)	Apellido: (requerido)
------------------------------------	------------------------------

Dirección Actual del Estudiante (requerido)

Dirección:

Ciudad: **Estado:** **Condado:** **Código Postal:**

Fecha de Nacimiento del Estudiante (MM/DD/AAAA) (requerido)	Ingrese el ID del Sistema de Información del Estudiante (SIS) que está impreso en su aviso arriba de la tabla de Días de Beneficios Potencialmente Elegibles. Esto ayudará a procesar su solicitud. (opcional)
---	---



PASO 3. Para los meses de asistencia que se enumeran a continuación, ingrese la cantidad de días en que el acceso perdido al almuerzo en la escuela estuvo relacionado con COVID. ****Tenga en cuenta que IDHS solo puede emitir beneficios para los días que usted atestigüe que están relacionados con COVID Y que la escuela haya indicado que es potencialmente elegible. La cantidad máxima de días para cada mes figura en su Aviso de elegibilidad para P-EBT, en la sección "Días de beneficios potencialmente elegibles". IDHS no puede emitir beneficios por más de esa cantidad de días.**

Mes de Asistencia	Distrito Escolar: (requerido)	Nombre de la Escuela: (requerido)	Número total de días sin comida debido a un motivo relacionado con COVID:
Agosto 2022			
Septiembre 2022			
October 2022			
Noviembre 2022			
Diciembre 2022			
Enero 2023			
Febrero 2023			
Marzo 2023			
Abril 2023			
Mayo 2023			
Junio 2023			

PASO 4. Leer & Firmar esta Atestación

No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), credo religioso, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [Formulario de Quejas de Discriminación del Programa](#) del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [Cómo Presentar una Queja](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Información Adicional sobre no Discriminación en Illinois

También puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) al Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Oficina de Asuntos Civiles, 401 South Clinton St., 6th Floor, Chicago, Illinois, 60607 o llamar a la línea de ayuda del IDHS al 1-800- 843-6154 o 866-324-5553 TTY/Nextalk o 711 TTY Relay. IDHS, HHS y USDA son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. El Estado de Illinois proporciona adaptaciones razonables de acuerdo con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990.



SCHOOL YEAR 2022-2023
COVID - RELATED ABSENCE ATTESTATION

Atestación y Firma Declaración de Penalización

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que las fechas especificadas en mi solicitud son días que mi hijo no asistió a la escuela en persona por un motivo relacionado con COVID aprobado por la escuela. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Firme aquí. Marque la casilla de firma y firme su nombre a continuación para firmar este formulario de Atestación.



Al marcar esta casilla, usted certifica que usted ha leído, entendido y aceptado la declaración de penalización.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

Firma del testigo (necesario si no puede firmar su nombre):

Fecha:

PASO 5. Devolver Formulario de Atestación

Una vez que haya completado, leído y firmado el formulario de Declaración, puede enviar el formulario a su Centro de Recursos para la Familia y la Comunidad (FCRC, por sus siglas en inglés) local. O envíelo por correo a: PEBT, PO BOX 19401, Springfield, IL 62729