

**Solicite un Reemplazo para su Tarjeta de P-EBT o de Medicaid (CBIC) para P-EBT**

A partir del 14 de junio de 2021, la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacidades del Estado de Nueva York (OTDA) comenzó a emitir fondos de EBT pandémico (P-EBT) para cubrir el costo de los alimentos escolares perdidos debido al cierre de escuelas relacionadas con COVID-19 durante el año escolar 2020-21.

Se necesita solicitar una tarjeta de reemplazo **SOLAMENTE si recibió fondos P-EBT para la primavera de 2020** (antes del 14 de junio de 2021) a través de una Tarjeta de P-EBT o en su tarjeta Medicaid (CBIC), usó los fondos Y perdió o descartó la tarjeta.

Tendra que llamar al **Servicio al cliente de EBT**, al **Servicio al cliente de Salud del Estado (NYS)** o completar el **Formulario de Contacto de P-EBT** en línea. Siga los pasos que apliquen a Usted o su hija/o. **Los pasos pueden variar para cada estudiante.**

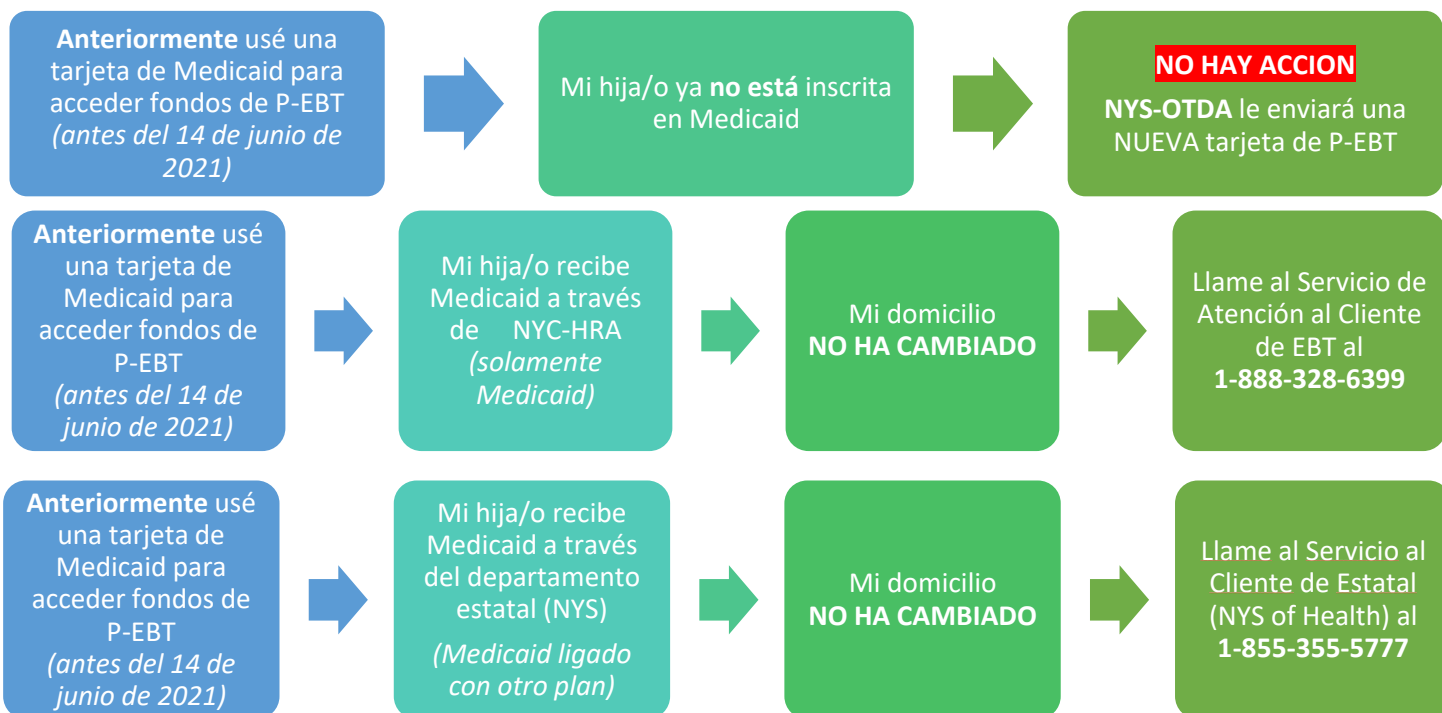
\* Si aun tiene su tarjeta de P-EBT o de Medicaid (CBIC) que utilizó anterior, no necesita un reemplazo \*

\* Si no era elegible para los fondos de P-EBT en la primavera de 2020, no es necesario que solicite un reemplazo \*

**Solicite una tarjeta de reemplazo de P-EBT en el estado de Nueva York:** vea la página 2



**Solicite una tarjeta de reemplazo de Medicaid (CBIC) para acceder fondos de P-EBT:** vea la página 3



**Si anteriormente recibió una tarjeta P-EBT del estado de Nueva York**, ingresó el PIN y la usó y **su domicilio sigue siendo el mismo** desde que se emitió la primera tarjeta.

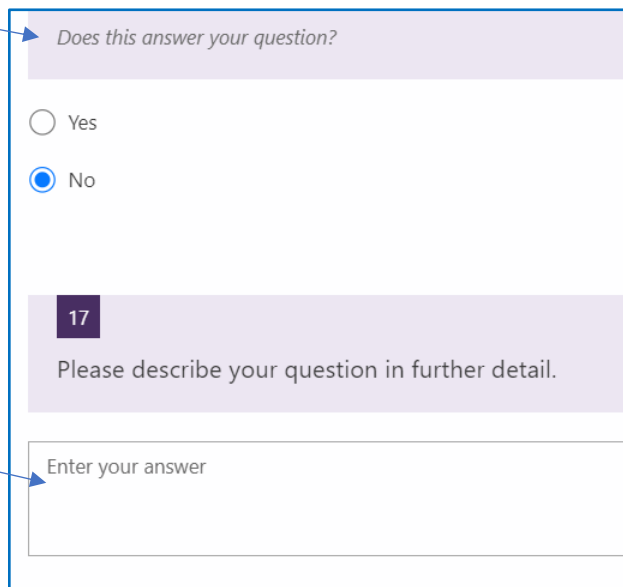
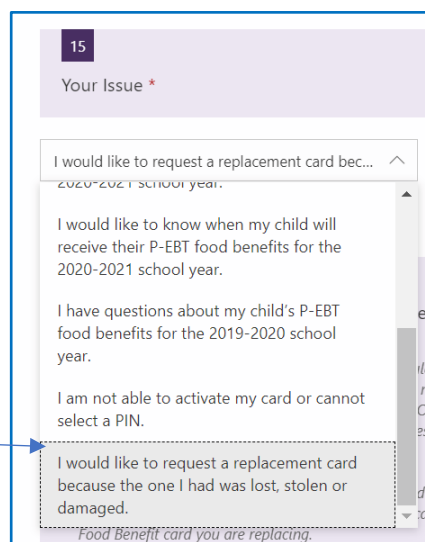
1. Llame al Servicio al Cliente de EBT al **1-888-328-6399**
2. El mensaje le pedirá que ingrese el número de tarjeta P-EBT de 19 dígitos.
  - a. Si tiene el número de tarjeta P-EBT, ingréselo ahora
  - b. La mayoría de las personas no tienen el número de tarjeta, solo permanezca en la línea, no ingrese nada.**
3. Si no tiene el número de tarjeta, el mensaje le pedirá que ingrese el número de seguro social (SS#) del titular de la tarjeta.
  - a. No ingrese SS#
  - b. Use la fecha de nacimiento del estudiante cuya tarjeta de P-EBT está pidiendo reemplazar.
  - c. Ingrese **999-99-MMDD**, utilizando el mes y el día de nacimiento del estudiante para los últimos 4 dígitos

**POR EJEMPLO:** El día de nacimiento del estudiante es el 1ero de Julio, ingrese **999-99-0701**

**Si olvidó su PIN:** Ignore la solicitud para ingresar el PIN y permanezca en la línea, podrá hablar con un representante de servicio al cliente para solicitar la tarjeta de reemplazo.

**Si anteriormente recibió una tarjeta P-EBT del estado de Nueva York** ingresó el PIN y la usó y **su domicilio a cambiado** desde que se emitió la primera tarjeta.

1. Complete el Formulario de Contacto P-EBT: [Bit.ly/PEBTcontactform](https://bit.ly/PEBTcontactform)
2. Pantalla 1: Nombres  
Nombre del padre, nombre del estudiante, fecha de nacimiento del estudiante, escuela del estudiante  
**Puede agregar varios estudiantes, según sea necesario**
3. Pantalla 2: Información de Contacto  
Correo electrónico, número de teléfono, método de contacto preferido  
Domicilio postal actual: ingrese su domicilio postal completo tal como aparece en el correo que recibe en casa  
Número de tarjeta: se puede dejar en blanco  
**Pregunta #15 - Su problema - En el menú desplegable, seleccione: "Me gustaría solicitar una tarjeta de reemplazo porque el que yo tenía se perdió, se lo robaron o se estropeó "**
4. Pantalla 3: **Pregunta #16:** Información adicional sobre cómo solicitar un reemplazo de la tarjeta aparecerá en la pantalla  
**¿Responde esto a tu pregunta?**  
Seleccione **NO** - esto activará la Pregunta #17
5. **Complete la Pregunta #17 "Describe su pregunta en más detalles,"** de la forma más clara posible



**Sugerencia para cambio de domicilio:**

Solicito una tarjeta P-EBT de reemplazo y tengo cambio de domicilio.  
 Domicilio anterior: 123 Main Street, #1A, Nueva York, NY 10005  
 Domicilio actual: 456 Main Avenue, Apt. 2B, Nueva York, NY 10005

**Si anteriormente utilizó su tarjeta de Medicaid (CBIC) para acceder a los fondos P-EBT**, y su hija/o continúa recibiendo Medicaid a través de su departamento local de servicios sociales- *es decir no tiene ninguna otra tarjeta de seguro de salud.*

**Titular de la tarjeta:** El acceso a los fondos P-EBT a través de una tarjeta de Medicaid, puede haber sido la tarjeta de un padre o un hermano mayor. Esta es la información del titular que utilizará para solicitar un reemplazo.

1. Esto significa que el titular de la tarjeta está inscrito solo en Medicaid (no hay otro seguro de salud)
2. Llame al Servicio al cliente de EBT al **1-888-328-6399**
3. El mensaje le pedirá que ingrese el número de tarjeta P-EBT de 19 dígitos.
  - a. Si tiene el número de tarjeta P-EBT, ingréselo ahora
  - b. La mayoría de las personas no tienen el número de tarjeta, solo permanezca en la línea, no ingrese nada**
4. Si no tiene el número de tarjeta, el siguiente mensaje le pedirá que ingrese la información personal del titular de la tarjeta, cómo número de seguro social (SS#) y fecha de nacimiento

**EJEMPLO:** Si solicita reemplazar la tarjeta de Medicaid del **padre**, utilice el número de seguro social y la fecha de nacimiento del padre.

**CAMBIO DE DOMICILIO:** Este es un servicio automatizado, debe confirmar que su cuenta de Medicaid tiene su domicilio actual **antes** de solicitar una tarjeta de reemplazo.

**\*\*\* NO mencione P-EBT; simplemente solicita su tarjeta de Medicaid (CBIC) de reemplazo \*\*\***

**Si anteriormente utilizó su tarjeta de Medicaid (CBIC) para acceder a los fondos P-EBT** y su hija/o continúa recibiendo Medicaid a través del NYS Salud: Mercado de Plan de Salud- *es decir, también presenta una tarjeta de seguro de salud tal como HealthFirst o Fidelis*

**Titular de la tarjeta:** El acceso a los fondos P-EBT a través de una tarjeta de Medicaid, puede haber sido la tarjeta de un padre o un hermano mayor. Esta es la información del titular que utilizará para solicitar un reemplazo.

1. Esto significa que el titular de la tarjeta está inscrito en Medicaid y tiene un plan de salud adicional como *Affinity, Healthfirst, Fidelis, etc.*
2. Llame al Servicio al Cliente de NYS de Salud al **1-855-355-5777**
3. Después de seleccionar un idioma
  - a. **NINGUNA** de las opciones del menú se aplica
  - b. **Presione 0** para hablar con un operador (es posible que tenga que presionar 0 dos veces)
4. Cuando hable con un representante
  - a. **Simplemente diga que su hijo está inscrito en Medicaid ligado con otro plan de salud, que perdió la tarjeta de Medicaid y quisiera una tarjeta de reemplazo**
5. Esté preparado para proporcionar la información personal del titular de la tarjeta
  - a. Fecha de nacimiento y número de seguro social
  - b. El número de cuenta o número de identificación su plan de salud (*Affinity, Healthfirst, etc.*)

**CAMBIO DE DOMICILIO:** Confirme con el representante que tiene su domicilio actual.



*Esta guía fue creada por **Community Food Advocates** y **La Coalición Lunch 4 Learning**. Community Food Advocates es una organización sin fines de lucro en la ciudad de Nueva York con la misión de garantizar que todos los neoyorquinos tengan acceso a alimentos saludables, asequibles y culturalmente apropiados a través de políticas públicas de alto impacto centradas en la equidad.*