2026-2027 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application –

Postúlese en línea: _____ Complete, firme y envíe esta solicitud a: _____

Con esta solicitud, usted puede ser elegible para: recibir asistencia alimentaria, beneficios de SUN Bucks (si su hijo asiste a una escuela que participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares [National School Lunch Program, NSLP] o el Programa de Desayunos Escolares [School Breakfast Program, SBP]), obtener tarifas reducidas en otros programas y actividades, y ayudar a conseguir recursos económicos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) asiste(n) a una escuela que implementa la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP) o la Provisión 2, completar este formulario no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Seleccione esta casilla si el año pasado recibió asistencia alimentaria: ☐ **Seleccione esta casilla si NO desea recibir beneficios o brindar su información sobre ingresos:** ☐

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y asisten a la escuela. Marque con una "x" la casilla correspondiente si el estudiante vive en un hogar temporal, está en situación de calle o utiliza servicios educativos para migrantes. Registre todos los ingresos personales que recibe el estudiante y marque con una "x" la casilla que corresponda para indicar con qué frecuencia los recibe. ☐ **Sin hogar** ☐ **Migrante**

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	En hogar temporal	Fecha de nacimiento*	Escuela*	Grado*	Ingreso del estudiante	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Si algún integrante de su hogar, incluido usted, participa actualmente en uno o más programas de asistencia, indique el número de caso. De lo contrario, continúe con el Paso 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) Número de caso: _____

3. Escriba los nombres de todos los otros integrantes de su hogar - Informe los ingresos en dólares (sin centavos) y SELECCIONE con qué frecuencia los recibe. Si algún integrante del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, se entenderá que no tiene ingresos para declarar.

Nombre de TODOS los otros integrantes del hogar (no incluya los estudiantes que ingresó anteriormente)	En hogar temporal	Ingresos por trabajo (antes de cualquier deducción)	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Asistencia social/ Manutención infantil/ Pensión alimenticia	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Pagos por pensiones/Jubilación/ Seguro Social (SSI)	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Otros ingresos no especificados previamente	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Cantidad total de integrantes en el hogar (incluya a todos los integrantes que vivan en su hogar): ☐
(la cantidad de integrantes antes mencionados debe ser igual a la cantidad total enumerada aquí)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de Trabajador asalariado primario u otro integrante del hogar *(opcional si solicita la Transferencia Electrónica de Beneficios de Verano [Summer Electronic Benefits Transfer, Summer EBT])* ☐ Seleccione si no tiene SSN: ☐

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Yo declaro (certifico) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que he informado todos los ingresos y que nadie en mi hogar recibe beneficios de SUN Bucks a través de un estado diferente o una Organización Tribal Indígena, si corresponde. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que las autoridades escolares pueden corroborarla (verificarla). **Entiendo que si proporciono información falsa intencionadamente, mis hijos pueden perder estos beneficios y yo puedo enfrentar procesos legales bajo las leyes penales estatales o federales aplicables.**

Nombre en letra de imprenta del integrante adulto del hogar _____

Firma del integrante adulto del hogar _____

Dirección de correo electrónico* _____

Dirección postal** _____

Ciudad, estado y código postal** _____

Número de teléfono durante el día* _____

Fecha _____

***Estos campos son únicamente para fines informativos y no es obligatorio completarlos.**

****Este campo es opcional. Sin embargo, la dirección postal proporcionada será útil para determinar a dónde enviar las notificaciones y las tarjetas de SUN Bucks, según corresponda.**

6. Origen racial y étnico de los niños (opcional) – Estamos obligados a preguntarle sobre el origen racial y étnico de su(s) hijo(s). Esta información es fundamental y nos ayuda a garantizar que estemos brindando el mejor servicio posible a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas y a precios reducidos.

Seleccione uno o más orígenes raciales:

- ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco

Seleccione solo un origen étnico:

- ☐ Hispano o latino
- ☐ Ni hispano ni latino

Elegibilidad para programas de nutrición infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información en esta solicitud. No está obligado a brindar esta información, pero si no lo hace, no podremos autorizar a su hijo a recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Debe ingresar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del integrante adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios si completa la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporal o si ingresó un número de caso de programas, como el Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria) (alimento de primera necesidad, Basic Food), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Program or Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o si indicó que el integrante adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. También, lo haremos para administrar y aplicar los programas de desayunos y almuerzos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a analizar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores de revisión de programas, y funcionarios de justicia para ayudarlos a investigar incumplimientos con las normas del programa.

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las políticas y normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA) sobre derechos civiles, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas diferentes al inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para acceder a la información del programa (como Braille, letra grande, cinta de audio o lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local encargada del programa o con el Technology and Accessible Resources Give Employment Today (TARGET) Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y teleimpresora [TTY]), o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027 "Formulario de denuncia por discriminación en programas del USDA" (USDA Program Discrimination Complaint Form), que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, o puede llamar al (866) 632-9992 o enviar una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, además de una descripción detallada de la supuesta acción discriminatoria. Esto para ofrecer al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) toda la información necesaria sobre la naturaleza y la fecha de la posible violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

1. **Correo postal:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**
   Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INGRESE EL NOMBRE DEL DISTRITO Declaración de no discriminación del distrito escolar

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

CÁLCULO DE INGRESOS ANUALES: Semanal x 52; Cada dos semanas x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12. (**NO** convertir a ingreso anual a menos que en el hogar se declaren múltiples frecuencias de pago).

APROBACIÓN DE LEA:

- ☐ Alimentos de primera necesidad/TANF/FDPIR/En hogar temporal
- ☐ Ingreso del hogar

Cantidad total de integrantes en el hogar _____

Ingreso total del hogar $_____

Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Anual
☐	☐	☐	☐	☐

SOLICITUD AUTORIZADA PARA:

- ☐ Elegible para comida gratuita
- ☐ Elegible para comida a precios reducidos

SOLICITUD DENEGADA POR:

- ☐ Los ingresos superan la cantidad permitida
- ☐ Otros: _____
- ☐ Información incompleta/faltante

Fecha del envío de la nota	Firma del encargado de la autorización	Fecha	Número de identificación de la solicitud
_____	_____	_____	_____