



Solicitud de SUN Bucks del Distrito de Columbia para Grupos Familiares

¿Tiene preguntas sobre la elegibilidad para SUN Bucks del DC y si necesita presentar una solicitud?



Llame: (202) 888-4834, TTY/TTD: 711

Visite: sunbucks.dc.gov

¿Quién es elegible?

Los estudiantes que:

- asisten a una Escuela Pública del Distrito de Columbia, a una escuela pública chárter del DC o a una escuela privada del DC que participe en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares; y
- pertenecen a un grupo familiar con un ingreso anual inferior o igual al 185 por ciento del nivel federal de pobreza.

¡La mayoría de los estudiantes elegibles no necesitan presentar una solicitud!

Si su estudiante participa en SNAP, TANF, la mayoría de los tipos de Medicaid, o es un menor en cuidado de acogida, sin hogar, migrante, fugitivo o está aprobado para recibir comidas gratuitas y a precio reducido (FARMS) en la escuela este año, recibirá beneficios para su estudiante de forma automática.

Revise su correo postal o electrónico para ver si llegó un aviso de aprobación previa de SUN Bucks del DC, utilice el verificador de elegibilidad de SUN Bucks del DC en sunbucks.dc.gov o llame al centro de atención telefónica de SUN Bucks del DC para ver si necesita presentar una solicitud.

Cómo funciona.

Complete y envíe esta solicitud por correo.

Si su estudiante no tiene una aprobación previa, complete esta solicitud— una solicitud para todos los estudiantes de PreK3 a 12.º grado y estudiantes adultos de su grupo familiar. Le recomendamos que presente su solicitud en línea. Puede nombrar a un representante autorizado para que le ayude a completar esta solicitud. Un representante autorizado no tiene que ser un integrante del grupo familiar. Debe ser alguien en quien confíe y a quien pueda darle permiso para firmar su solicitud. Envíe esta solicitud a: DC SUN Bucks Program, P.O. Box 90060, Washington, DC 20002.

Nos aseguraremos de si es elegible.

Una vez que su solicitud y todos los documentos requeridos se hayan revisado, le enviaremos un correo electrónico o un aviso impreso para informarle si su estudiante fue aprobado o rechazado. Es posible que se le solicite que envíe información sobre sus ingresos u otros documentos para verificar la elegibilidad de su estudiante. La condición migratoria no se considera para determinar su elegibilidad para SUN Bucks del DC.

Obtenga sus beneficios.

- **Estudiantes que reciben SNAP o TANF:** Se cargarán \$120 en beneficios de SUN Bucks conjuntamente en la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) existente de su grupo familiar. Puede verificar el saldo de la tarjeta EBT de su grupo familiar con la aplicación móvil ebtEDGE, en línea en www.ebtedge.com o llamando a FIS al 888-304-9167 para confirmar la recepción del beneficio.
- **Estudiantes que reciben Medicaid, están en hogares de cuidado de acogida temporal, no tienen hogar, son migrantes, fugitivos, reciben FARMS o están aprobados mediante una solicitud:** Se enviará por correo una nueva tarjeta EBT de SUN Bucks con \$120 a la dirección registrada del proveedor de tarjetas EBT del Distrito, Fidelity Information Services (FIS).

Estos beneficios de alimentos se pueden gastar en cualquier supermercado que acepte EBT, incluidos algunos mercados de agricultores y tiendas pequeñas.

PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

Nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento: <i>Opcional (mm/dd/aaaa)</i>	
Dirección de correo electrónico: <i>Opcional</i>			Teléfono: <i>Opcional</i>		
Dirección:		Dpto./Unidad:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
<input type="checkbox"/> No tengo una dirección postal		<input type="checkbox"/> Quiero dejar de recibir mensajes de texto y llamadas pregrabadas sobre mi caso de SUN Bucks del DC			
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra:					

PASO 2 Cuéntenos más sobre cada uno de los estudiantes de su grupo familiar que solicitan SUN Bucks.

1	Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: <i>Opcional (mm/dd/aaaa)</i>	
	Identificación de estudiante única: <i>Opcional</i>		Grado:	Escuela:	
	¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sin hogar/fugitivo/migrante <input type="checkbox"/> En hogares de acogida temporal <input type="checkbox"/> Ninguna				
	Etnia: <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otro origen español, independientemente de su raza)			<input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
Raza: <i>Opcional. Seleccione todas las que correspondan.</i> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco					
2	Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: <i>Opcional (mm/dd/aaaa)</i>	
	Identificación de estudiante única: <i>Opcional</i>		Grado:	Escuela:	
	¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sin hogar/fugitivo/migrante <input type="checkbox"/> En hogares de acogida temporal <input type="checkbox"/> Ninguna				
	Etnia: <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otro origen español, independientemente de su raza)			<input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
Raza: <i>Opcional. Seleccione todas las que correspondan.</i> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco					
3	Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: <i>Opcional (mm/dd/aaaa)</i>	
	Identificación de estudiante única: <i>Opcional</i>		Grado:	Escuela:	
	¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sin hogar/fugitivo/migrante <input type="checkbox"/> En hogares de acogida temporal <input type="checkbox"/> Ninguna				
	Etnia: <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otro origen español, independientemente de su raza)			<input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
Raza: <i>Opcional. Seleccione todas las que correspondan.</i> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco					

4	Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: <i>Opcional (mm/dd/aaaa)</i>	
	Identificación de estudiante única: <i>Opcional</i>		Grado:	Escuela:	
	¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sin hogar/fugitivo/migrante <input type="checkbox"/> En hogares de acogida temporal <input type="checkbox"/> Ninguna				
	Etnia: <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otro origen español, independientemente de su raza)			<input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
Raza: <i>Opcional. Seleccione todas las que correspondan.</i>					
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco					

5	Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: <i>Opcional (mm/dd/aaaa)</i>	
	Identificación de estudiante única: <i>Opcional</i>		Grado:	Escuela:	
	¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sin hogar/fugitivo/migrante <input type="checkbox"/> En hogares de acogida temporal <input type="checkbox"/> Ninguna				
	Etnia: <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otro origen español, independientemente de su raza)			<input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
Raza: <i>Opcional. Seleccione todas las que correspondan.</i>					
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco					

**Agregue otra hoja de papel si necesita mencionar a más integrantes del grupo familiar.*

PASO 3 Haga una lista de todos los integrantes de su grupo familiar.

¿Hay alguien en su grupo familiar que esté inscrito en SNAP, TANF o Medicaid con un ingreso familiar igual o inferior al 185% del nivel federal de pobreza (FPL)?

No Sí, el número de caso de SNAP, TANF o Medicaid de nuestro grupo familiar es: _____ (Escriba el número de caso aquí y vaya al PASO 5).

Debe contarse usted y cualquier persona que viva con usted y comparta sus ingresos y gastos, incluso si no son familiares.

	Nombre	Apellido
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

PASO 4**Haga una lista de todos los ingresos que recibe su grupo familiar.**

Mencione cada fuente de ingresos, quién la recibe (incluidos los niños), con qué frecuencia y cuánto. Lo usaremos para calcular el ingreso anual total de su grupo familiar, de modo que no tenga que hacer los cálculos.

¿Qué se considera ingreso?

Asistencia pública, pensión alimenticia y manutención infantil

- Beneficios por desempleo
- Indemnización a trabajadores
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local

- Pagos de pensión alimenticia
- Pagos de manutención infantil
- Prestaciones para veteranos
- Beneficios por huelga

Pensiones, jubilación y otros

- Seguro social/discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de empleados ferroviarios y por enfermedad de pulmón negro)
- Pensiones privadas o beneficios por discapacidad
- Ingresos de fideicomisos o herencias
- Anualidades
- Ingresos por inversiones
- Intereses devengados
- Ingresos por alquiler
- Pagos regulares en efectivo desde fuera del grupo familiar

	¿Cuál es la fuente de ingresos? <i>Ingresos del trabajo, asistencia pública, pensión alimenticia, manutención infantil, pensión, jubilación u otros</i>	¿Quién recibe estos ingresos? <i>Nombre del integrante del grupo familiar</i>	¿Cuánto recibe?	¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? <i>Semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente</i>
1.			\$	
2.			\$	
3.			\$	
4.			\$	
5.			\$	
6.			\$	
7.			\$	
8.			\$	
9.			\$	
10.			\$	
11.			\$	
12.			\$	

PASO 5

Firme.

Prometo que la siguiente información es verdadera y precisa.

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que el personal o las agencias del programa pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y se podrían iniciar acciones legales en mi contra en virtud de las leyes estatales y federales aplicables. Certifico que no he recibido beneficios de SUN Bucks, también conocidos como Summer EBT, para mí o para mi estudiante de ningún otro programa administrado por el Estado o una organización tribal indígena para este año del programa. Comprendo que una persona que no sea integrante del grupo familiar puede ser designada como representante autorizado para procesar la solicitud si tengo dificultades para completar el proceso de solicitud.

Comprendo cómo se utilizará mi información:

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) del DC utilice la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios de SUN Bucks. Al presentar mi solicitud, autorizo al DHS a verificar mi elegibilidad para recibir beneficios, lo que incluye obtener mi información de identificación personal (PII) e información médica protegida (PHI) de las siguientes agencias gubernamentales del Distrito de Columbia: el Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF); la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE); la Agencia de Servicios para Niños y Familias del DC (CFSA); la Administración de Servicios Familiares (FSA) del DHS del DC, y cualquier otra agencia o departamento si es necesario para verificar mi elegibilidad para SUN Bucks del DC. También doy permiso a estas agencias para compartir información de identificación personal (PII) e información médica protegida (PHI) sobre mi grupo familiar con el fin de determinar la elegibilidad para los beneficios de SUN Bucks.

Comprendo cómo el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) protege contra la discriminación

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o retaliación por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en un programa](#) 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 o carta completos al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los EE. UU., Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.



Firma del padre/madre/tutor o representante autorizado: _____

Nombre del padre/madre/tutor o representante autorizado (impreso): _____ **Fecha:** _____