

año escolar 2025-2026 Solicitud Unicursal de Beneficios Llene una solicitud por hogar.

Enumere a todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela, utilizando la ortografía exacta que aparece en los registros escolares. Si el estudiante está en cuidado de crianza (foster care), no tiene hogar, participa en el programa de educación para migrantes (MigrantEd), o cumple con la definición de menor fugitivo (runaway), marque la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal que reciba el estudiante.

PASO 1 Anote **TODOS** los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	Estudiante en esta Escuela?		Bajo cuidado adoptivo temporal	
			Y	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todos los pertinentes

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)

CalFresh CalWORKs FDIR

Número de caso:

Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3

Anote sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare los ingresos de **TODOS** los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Sí' en el PASO 2)

A. Ingresos de los menores
En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)
Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y dirección)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/ mantención de menores/ pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/ubilación/ todos los demás ingresos	¿Frecuencia			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)	<input type="text"/>														

Ingresos totales de los menores: \$

Por favor, consulte el reverso para la recopilación opcional de datos raciales y étnicos. →

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Dirección	No. de departamento	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono o correo electrónico	Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario	Firma del adulto que llenó este formulario	Fecha de hoy

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.

Total Household Members <input style="width: 50px;" type="text"/>	Total Household Income <input style="width: 50px;" type="text"/>	How often?					Approved as:	Verified as:	<input type="checkbox"/> Categorical <input type="checkbox"/> Error Prone
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly			
Annual Income Conversion		Weekly x52 Bi-Weekly x26 Twice Per Month x24 Monthly x12							
Determining Official <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date <input style="width: 100%;" type="text"/>	Confirming Official <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date <input style="width: 100%;" type="text"/>	Verifying Official <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date <input style="width: 100%;" type="text"/>				

OPCIONAL - Identidades raciales y étnicas de los niños – Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es OPCIONAL y no afecta la elegibilidad para Sun Bucks.

Marque una o más identidades raciales:

- o Indígena americano o nativo de Alaska
- o Asiático
- o Negro o afroamericano
- o Nativo hawaiano u otra isla del Pacífico
- o Blanco

Marque una identidad étnica:

- o Hispano o latino
- o No hispano ni latino

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a entregar beneficios a su hogar. Inspectores y autoridades también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para Summer EBT sin necesidad de solicitud. Por favor, contacte a su Estado o ITO para obtener Summer EBT para un niño en cuidado de crianza, y para niños que están sin hogar, migrantes o fugitivos.

Un miembro que no forme parte del hogar puede ser designado como representante autorizado para el procesamiento de la solicitud si el solicitante tiene dificultad para completar el proceso.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones participantes o administradoras de programas USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad financiada o conducida por USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los recursos y plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiocinta, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Telefónica al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

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

1. correo postal:
Departamento de Agricultura de los EE. UU.
Oficina del Subsecretario Asistente para los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax:
202-690-7442; o
3. correo electrónico: USDA.CivilRights@usda.gov | Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.