

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.

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)

Measures taken to protect the environment

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

☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDPIR

Número de caso:

Anote sólo un número de caso en este espacio.

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

¿Frecuencia?

\$				
----	--	--	--	--

Se manal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
☐	☐	☐	☐

¿Frecuencia?

¿Frecuencia?

¿Frecuencia

Pensiones/jubilación/

Señaladamente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

--	--

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

Información de contacto y firma del adulto

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

Fecha de hoy

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

How often?

Annual Income Conversion

Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

☐ Free
☐ Reduced-Price
☐ Paid (Denied)
Reason:

☐ Homeless
☐ Migrant
☐ Runaway

- ☐ Categorical
- ☐ Error Prone

Date _____

--	--

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:

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

Marque una identidad étnica:

- ☐ Hispano o latino
- ☐ 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.