

Solicitud doméstica de Sun Bucks

Realice su solicitud en línea en sunbucks.dshs.wa.gov para un procesamiento más rápido.

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño en acogida, sin hogar o migrante, indíquelo marcando la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque la casilla correcta para indicar con qué frecuencia se recibe.

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Niño en acogida	Sin hogar	Migrante	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso mensual del estudiante	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mensual
			<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"/>	<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"/>

2. Si algún miembro de su hogar participa actualmente en TANF/SFA o SNAP/FAP (Alimentos Básicos), escriba su número de caso aquí:

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y verifique con qué frecuencia los recibe.

Todos los demás miembros del hogar que no figuran en la lista anterior.			Ingresos del trabajo (antes de deducciones)				Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia				Otros ingresos (pensiones, jubilación, Seguridad Social, etc.)			
Apellido	Nombre	MI	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mensual
			\$	<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"/>	<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"/>

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que se declaran todos los ingresos y que nadie incluido en esta solicitud recibe EBT de Verano en otro estado o de otra agencia. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que parte de la información incluida puede verificarse. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente, puedo ser responsable de pagar cualquier dinero recibido y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO

**Lineamientos de elegibilidad de ingresos del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025
(ajustados anualmente)**

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	2 veces al mes	Quincenal	Semanal
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 728
3	\$ 47,767	\$ 3,981	\$ 1,991	\$ 1,838	\$ 919
4	\$ 57,720	\$ 4,810	\$ 2,405	\$ 2,220	\$ 1,110
5	\$ 67,673	\$ 5,640	\$ 2,820	\$ 2,603	\$ 1,302
6	\$ 77,626	\$ 6,469	\$ 3,235	\$ 2,986	\$ 1,493
7	\$ 87,579	\$ 7,299	\$ 3,650	\$ 3,369	\$ 1,685
8	\$ 97,532	\$ 8,128	\$ 4,064	\$ 3,752	\$ 1,876
Cada miembro adicional	\$ 9,953	\$ 830	\$ 415	\$ 383	\$ 192

Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los Lineamientos de elegibilidad de ingresos, sus hijos pueden calificar para SUN Bucks.

Complete, firme y devuelva esta solicitud a PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Si se ha mudado o tiene intención de mudarse fuera del estado, presente la solicitud en el estado donde su hijo asistirá a la escuela antes del próximo verano.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, una persona que no sea miembro del hogar puede completar este formulario por usted como su representante autorizado.

Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.

Estamos obligados a solicitar información acerca de la raza y el origen étnico de sus niños. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de sus niños para recibir los beneficios de EBT de Verano.

Etnia (marque una):

Hispano o latino No hispano ni latino

Raza: (marque una o más):

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Caucásico

La Ley **Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios de EBT de Verano (SUN Bucks). Sólo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las autoridades también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para EBT de Verano sin una solicitud. Comuníquese con su estado o ITO para obtener los beneficios de EBT de Verano para un niño en acogida y para niños sin hogar, inmigrantes o fugitivos.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del US Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, [USDA](#)), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran de medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo Braille, letra grande, audio, American Sign Language (lenguaje de señas estadounidense), etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro OBJETIVO del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio de Transmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. También puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992, o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o por fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o por correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.