



## Solicitud de Missouri SuN Bucks (Summer -EBT)

**IMPORTANTE:** Las solicitudes recibidas después del 31 de agosto de 2024 se utilizarán para determinar el derecho a las prestaciones SuN Bucks del verano de 2025. Usted debe completar esta solicitud para recibir SuN Bucks si su hijo asiste a una escuela que ofrece desayuno o almuerzo gratuito para todos los niños. Los niños no necesitan completar una solicitud porque son automáticamente incluidos en SuN Bucks si tienen entre 7 y 17 años y reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal (TA), o están en cuidado temporal, o son considerados por su escuela como persona sin hogar, migrante o fugitivo. Además, los niños inscritos en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares o en el Programa de Desayunos Escolares (NSLP/SBP) son automáticamente idóneos y no tienen que completar una solicitud. La elegibilidad para SuN Bucks se basa en las normas de elegibilidad para los [NSLP/SBP](#).

**Haga su solicitud en línea:** [mydss.mo.gov/sunbucks](http://mydss.mo.gov/sunbucks) **O devuelva el formulario completo a la División de Apoyo Familiar en línea:** [mydssupload.mo.gov](http://mydssupload.mo.gov), **Correo:** Family Support Division, Apartado postal 2700, Jefferson City, MO. 65102, **FAX:** 573-526-9400. Complete una solicitud por cada hogar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz). Debe completar toda la solicitud para que sea tramitada. Definición de **Miembro del hogar:** Cualquier persona que conviva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no tenga parentesco. Si se ha mudado recientemente o tiene intenciones de hacerlo, necesitará solicitar las prestaciones en el Estado donde el niño vaya a terminar o haya terminado el curso escolar inmediatamente anterior a las vacaciones de verano. El periodo operativo de verano para SuN Bucks en Missouri es del 15 de junio de 2024 al 31 de agosto de 2024. Las solicitudes recibidas entre el 1 de julio al 31 de agosto de 2024, se utilizarán para determinar la elegibilidad para los veranos de 2024 y 2025.

**PASO 1: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP o TANF, indique a continuación el nombre y el número de caso (DCN) o el identificador de la persona que recibe las prestaciones:**

Apellido, Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de caso (DCN) o las 4 últimas cifras del número de seguridad social (SSN):
-------------------	----------------------	---

**PASO 2: Todos los miembros del hogar (Adjunte una hoja adicional para más de cuatro miembros del hogar) Por favor, indique el nombre del distrito escolar al que asiste el estudiante (por ejemplo, Columbia) y proporcione el nombre de la escuela (por ejemplo, Beulah Ralph Elementary), ciudad (por ejemplo, Columbia) donde el niño está inscrito, condado de residencia (por ejemplo, Boone). Colóquese en la lista usted primero.**

Apellido, Nombre legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) (opcional)	¿El niño cumple con alguna de las siguientes condiciones? <input type="checkbox"/> Recibe SNAP o TANF número de caso (DCN) _____ <input type="checkbox"/> Sin hogar o migrante <input type="checkbox"/> Bajo crianza temporal <input type="checkbox"/> Marque si NO hay ingresos	
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad	Condado
Apellido, Nombre legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) (opcional)	¿El niño cumple con alguna de las siguientes condiciones? <input type="checkbox"/> Recibe SNAP o TANF número de caso (DCN) _____ <input type="checkbox"/> Sin hogar o migrante <input type="checkbox"/> Bajo crianza temporal <input type="checkbox"/> Marque si NO hay ingresos	
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad	Condado
Apellido, Nombre legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) (opcional)	¿El niño cumple con alguna de las siguientes condiciones? <input type="checkbox"/> Recibe SNAP o TANF número de caso (DCN) _____ <input type="checkbox"/> Sin hogar o migrante <input type="checkbox"/> Bajo crianza temporal <input type="checkbox"/> Marque si NO hay ingresos	
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad	Condado
Apellido, Nombre legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) (opcional)	¿El niño cumple con alguna de las siguientes condiciones? <input type="checkbox"/> Recibe SNAP o TANF número de caso (DCN) _____ <input type="checkbox"/> Sin hogar o migrante <input type="checkbox"/> Bajo crianza temporal <input type="checkbox"/> Marque si NO hay ingresos	
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad	Condado

**PASO 3: Indique TODOS los miembros del hogar y los INGRESOS de TODOS ellos (incluidos los del estudiante):** Los ingresos son el dinero que se paga a cualquier miembro del hogar, como las ganancias de un trabajo o los pagos de la Seguridad Social o la manutención de los hijos, antes de que se apliquen deducciones e impuestos. \* **Si necesita más espacio, indique los datos de los demás miembros de la unidad familiar en otra página.**

Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	SSN (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto de los ingresos brutos:	Frecuencia de ingresos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	SSN (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto de los ingresos brutos:	Frecuencia de ingresos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	SSN (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto de los ingresos brutos:	Frecuencia de ingresos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	SSN (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto de los ingresos brutos:	Frecuencia de ingresos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente

**PASO 4. OPCIONAL - CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO -- Esta persona puede solicitar prestaciones, prestar asistencia en entrevistas, recibir notificaciones, comunicar cambios y realizar consultas. Su hogar será responsable de cualquier emisión excesiva que resulte de que el representante haya brindado información incorrecta.**

Nombre completo:

Dirección postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

**PASO 5: FIRMA (DEBE FIRMAR UN ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR) E INFORMACIÓN DE CONTACTO**

**Advertencia penal:** Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y correcta y que todos los ingresos fueron declarados. Entiendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales. Entiendo que los funcionarios estatales o locales pueden verificar la exactitud de la información contenida en esta solicitud. Soy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, se pueden denegar los beneficios a mis hijos y puedo ser procesado en virtud de las leyes penales estatales y federales aplicables.

**No dé datos falsos ni oculte información para obtener o seguir recibiendo prestaciones de SuN Bucks.**

**No ceda, intercambie ni venda los beneficios de SuN Bucks a nadie que no esté autorizado a utilizarlos.**

**No modifique ningún documento de autorización para prestaciones de SuN Bucks que no tenga derecho a recibir.**

**No utilice los beneficios de SuN Bucks para comprar artículos no subvencionables, como bebidas alcohólicas o tabaco.**

**No utilice las prestaciones SuN Bucks de otra persona para su hogar.**

Entiendo las preguntas de esta solicitud. Sé que es ilegal obtener o intentar obtener prestaciones a las que no tengo/tenemos derecho. Cualquier afirmación falsa, declaración u ocultación de cualquier hecho material, ya sea en su totalidad o en parte, puede someterme a un proceso penal y/o civil. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y completa según mi leal saber y entender. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación. Entiendo que, si no estoy de acuerdo con alguna medida adoptada en mi caso, tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial de forma oral o por escrito.

**Al firmar esta solicitud en papel o electrónicamente, nos da permiso para enviar, o hacer que se envíen, notificaciones por correo electrónico, llamadas telefónicas automáticas y mensajes de texto relativos a su caso a la dirección de correo electrónico principal o al número de teléfono que proporcionó en la página 1. No tiene que dar su consentimiento sobre esto como condición de elegibilidad. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted de esta manera, puede optar por no recibir estos correos electrónicos, llamadas telefónicas automáticas y mensajes de texto.**

Marque aquí:  no recibir notificaciones por correo electrónico  no recibir llamadas  no recibir mensajes de texto  no recibir llamadas ni mensajes de texto

**\*\*\* Todas las comunicaciones se enviarán por vía electrónica, a menos que haya indicado la preferencia de no recibir comunicaciones electrónicas.**

He aceptado enviar esta solicitud a través de medios electrónicos. Al firmar esta solicitud electrónicamente, certifico, bajo pena de perjurio, que todas las manifestaciones que se registran en este informe de elegibilidad son verdaderas, precisas y completas, a mi leal saber y entender, en el caso de cada uno de los miembros del hogar para quienes presento la solicitud, incluida la información relacionada con estatus de ciudadanía y estatus de extranjero. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede hacerse valer de la misma manera que una firma escrita.

**FIRME AQUÍ**

* FIRMA	Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar:	Fecha:
Dirección postal:	Ciudad	Código postal
Teléfono		Correo electrónico:
Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil		

La Ley Nacional Richard B. Russell de Almuerzos Escolares exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién reúne los requisitos para recibir los beneficios de SuN Bucks. Solo podemos aprobar aquellos formularios que estén completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición con el fin de ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su grupo familiar. Los inspectores y las autoridades también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para SuN Bucks sin presentar una solicitud. Comuníquese con su Estado u Organización Tribal India (ITO) para obtener SuN Bucks para un niño bajo crianza temporal y para niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

**OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños**

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que servimos plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de sus hijos para SuN Bucks. Si no se selecciona la etnia/raza, se determinará mediante una identificación visual.

Etnia (marque una):  Hispano o latino  No hispano o latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico  Blanco

La información de contacto que figura a continuación sirve únicamente para presentar una denuncia por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, género (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad; o bien, represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa 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.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe cumplimentar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de denuncia de discriminación en programas del USDA), que puede obtenerse en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completo debe enviarse al USDA a través de:

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

\* CORREO:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

CORREO ELECTRÓNICO: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

\* No envíe solicitudes a esta dirección, sólo quejas por discriminación.

**Responder las siguientes preguntas no afectará la cantidad de ayuda que recibirá de este departamento.**

¿Usted o algún familiar inmediato ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?

SÍ  NO

En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información sobre los servicios relacionados con el ejército en Missouri?

SÍ  NO